



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com
doença respiratória crónica – melhoria da tolerância à
atividade

Ana Sofia Pinto Santana

Lisboa
2019





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com
doença respiratória crónica – melhoria da tolerância à
atividade

Ana Sofia Pinto Santana

Orientador: Professora Doutora Maria Fátima Mendes Marques

Lisboa
2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“A persistência é o caminho do êxito.”

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Fátima Mendes Marques pela disponibilidade,
compreensão e dedicação sempre demonstradas.

Ao Tozé pelo apoio incondicional, pelo incentivo para nunca desistir e principalmente
pela paciência nos momentos mais tumultuosos.

À minha mãe por escutar os meus desabafos, por me dar força, encorajar para
continuar e valorizar todas as minhas conquistas.

À minha Clarinha por estar presente e me acompanhar (literalmente) desde o início
deste longo percurso.

Às minhas amigas São e Inês que foram cúmplices nesta luta, obrigado pelas
palavras de ânimo e incentivo.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FSRI – Fórum das Sociedades Respiratórias Internacionais

GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAOS – Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

URR – Unidade de Reabilitação Respiratória

RESUMO

As doenças respiratórias crônicas representam um grande peso para a saúde mundial, afetando centenas de milhões de pessoas e com enorme impacto na morbidade e mortalidade. Nestas doenças, a dispneia decorrente de uma diminuição da força dos músculos respiratórios, conduz ao sedentarismo, que por sua vez leva a uma disfunção da musculatura periférica que se traduz numa diminuição da tolerância à atividade, originando um ciclo vicioso de inatividade.

A reabilitação respiratória encarada como uma intervenção abrangente, que inclui o treino de exercício, a educação e a mudança de comportamentos, permite a alteração de determinadas condições inerentes às doenças respiratórias crônicas, como a limitação nas atividades diárias e dificuldade na autogestão da doença, apresentando como benefícios a melhoria dos sintomas, como a dispneia, da capacidade funcional, da tolerância à atividade, da qualidade de vida e da capacidade para o autocuidado. Face ao exposto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) possui as competências essenciais e necessárias para realizar uma avaliação personalizada e direcionada, garantindo o planeamento e implementação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com doença respiratória crónica, que permitam alcançar os benefícios anteriormente referidos.

O presente relatório procura descrever, refletir e analisar criticamente as atividades realizadas em estágio (na comunidade e em contexto hospitalar), tendo em conta os objetivos delineados no projeto de estágio, e que permitiram o desenvolvimento das competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) essenciais à atribuição do título de EEER, bem como ao desenvolvimento das competências estabelecidas nos Descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Estudos e que visam a consecução do Grau de Mestre. O referencial teórico elegido como linha orientadora para a minha prática de cuidados foi o de Dorothea Orem, visto que as doenças respiratórias crônicas, são doenças progressivas, responsáveis por significativas alterações funcionais, que interferem com a realização do autocuidado, podendo mesmo conduzir a situações de dependência.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação, Doenças Respiratórias, Atividade Física, Intolerância à Atividade, Dispneia.

ABSTRACT

Chronic respiratory diseases are a major burden on global health, affecting hundreds of millions of people and having an enormous impact on morbidity and mortality. In these diseases, dyspnea resulting from a decrease in the strength of respiratory muscles leads to sedentarism, which in turn leads to a dysfunction of the peripheral musculature that translates into a decrease in tolerance to activity, leading to a vicious cycle of inactivity.

Respiratory rehabilitation is seen as a comprehensive intervention, which includes exercise training, education and behavioural change, allowing for the change of certain conditions inherent to chronic respiratory diseases, such as limitation in daily activities and difficulty in disease self-management, with the benefits of improved symptoms, such as dyspnea, functional capacity, activity tolerance, quality of life and self-care capacity. In view of the above, the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing (Rehabilitation Nursing Specialist) has the essential and necessary skills to carry out a personalized and targeted assessment, ensuring the planning and implementation of rehabilitation nursing care for people with chronic respiratory disease, which allow achieving the benefits mentioned above.

This report seeks to describe, reflect on and critically analyse the activities carried out in internships (in the community and in hospital context), taking into account the objectives outlined in the internship project, which allowed the development of the competences recommended by the Order of Nurses that are essential for the award of the Rehabilitation Nurse Specialist title, as well as for the development of the competences established in the Dublin Descriptors for the Second Cycle of Studies and which aim at achieving the Master's Degree. The theoretical reference chosen as a guideline for my care practice was that of Dorothea Orem, since chronic respiratory diseases are progressive diseases that are responsible for significant functional changes that interfere with self-care and may even lead to situations of dependence.

Keywords: Rehabilitation Nursing, Respiratory Diseases, Physical Activity, Activity Intolerance, Dyspnea.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	14
1.1. Pessoa com Doença Respiratória Crónica – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	14
1.2. Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem....	21
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	23
2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	24
2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	33
3. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS	45
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio

Apêndice II – Fluxograma de Revisão Scoping

Apêndice III – 1º Jornal de Aprendizagem ECCI

Apêndice IV – 2º Jornal de Aprendizagem ECCI

Apêndice V – 3º Jornal de Aprendizagem ECCI

Apêndice VI – 1º Jornal de Aprendizagem URR

Apêndice VII – 2º Jornal de Aprendizagem URR

Apêndice VIII – Recensão crítica de artigo

Apêndice IX – Apresentação da recensão crítica de artigo

Apêndice X – Estudo de caso ECCI

Apêndice XI – Estudo de caso URR

ANEXOS

Anexo I – Folha de registo de cuidados de enfermagem (URR)

Anexo II – Comprovativo de participação na sessão de formação AVC

Anexo III – Comprovativo de apresentação da sessão de formação DPOC

Anexo IV – Escala Numérica da Dor

Anexo V – Medical Research Council Muscle Scale

Anexo VI – Escala de Ashworth Modificada

Anexo VII – Escala de Berg

Anexo VIII – Escala de Braden

Anexo IX – Índice de Barthel

Anexo X – Medida de Independência Funcional

Anexo XI – Escala de Borg Modificada (Avaliação da Dispneia)

Anexo XII – Escala de Borg Modificada (Avaliação da Percepção Subjetiva ao Esforço)

Anexo XIII – Modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire

ANEXO XIV– COPD Assessment Test - CAT

ANEXO XV – Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL)

INTRODUÇÃO

A procura persistente de cuidados de enfermagem de qualidade e a necessidade de respostas diferenciadas na prestação desses mesmos cuidados é crescente, exigindo aos enfermeiros uma diferenciação e especialização, no campo dos conhecimentos e das competências, que lhe permitam intervir num nível de complexidade mais elevado (Pestana, 2017a; Regulamento nº 140/2019).

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação inserido na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, surge a elaboração deste relatório, que procura descrever e analisar criticamente as atividades realizadas e as competências desenvolvidas, com base no Regulamento nº 140/2019 relativo às competências comuns do enfermeiro especialista e no Regulamento nº 392/2019 referente às competências específicas do EEER, essenciais à atribuição do título de EEER, e que será apreciado e discutido publicamente, visando também a consecução do Grau de Mestre, pelo desenvolvimento das competências ao nível do mestrado, conforme estabelecido nos Descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Estudos (Direção Geral do Ensino Superior, 2011).

Este percurso e o início do mesmo surgiu com a elaboração de um projeto de estágio (Apêndice I), onde se encontram descritos os objetivos e as atividades planeadas, para o desenvolvimento das competências referidas, e que norteou o ensino clínico, que decorreu em dois contextos distintos, um numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do agrupamento de centros de saúde Lisboa, com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e outro num hospital do centro hospitalar Lisboa, na Unidade de Reabilitação Respiratória (URR).

Este projeto de estágio intitula-se de “Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com doença respiratória crónica – melhoria da tolerância à atividade”, e procurou particularmente entender o impacto das doenças respiratórias crónicas e dos seus sintomas na vida das pessoas. Neste sentido, o Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR, 2017) refere que as doenças respiratórias crónicas têm repercussões graves na qualidade de vida e na sobrevida

das pessoas afetadas, e evidencia os benefícios inegáveis da Reabilitação Respiratória, como uma das terapêuticas mais eficazes na melhoria da tolerância à atividade, da pessoa com doença respiratória crónica (ONDR, 2017).

As doenças respiratórias crónicas representam um grande peso para a saúde mundial, afetando centenas de milhões de pessoas (Fórum das Sociedades Respiratórias Internacionais [FSRI], 2017; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2007). A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) acomete mais de 200 milhões de pessoas mundialmente, é atualmente a quarta principal causa de morte no mundo, mas é apontada para ser a terceira principal causa de morte em 2020 (FSRI, 2017; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2019). Por sua vez, a Asma afeta cerca de 334 milhões de pessoas no mundo, e a sua incidência tem vindo a aumentar nas últimas três décadas (FSRI, 2017).

Em Portugal, as doenças respiratórias crónicas, também constituem uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, com tendência clara para o aumento da sua prevalência, devido ao aumento da esperança média de vida e o seu impacto na mesma (DGS, 2017; ONDR, 2018). São a terceira causa de morte, desde 2015 (ONDR, 2018) e dados do Instituto Nacional de Estatística (2018), apontam que em 2016 as mortes decorrentes de doenças respiratórias representaram 12,1% do total de mortes ocorridas. O ONDR (2018), releva a importância da incidência da mortalidade por DPOC, tendo em 2016 sido responsável por 20,7% da totalidade das mortes por doença respiratória.

A escolha desta temática deveu-se ao meu interesse e motivação pessoal sobre a mesma, relacionados com o facto de exercer funções num serviço de Medicina, onde as doenças respiratórias crónicas são muito comuns, e na sua grande maioria uma condicionante para a realização das atividades de vida diárias, pela dispneia, fadiga e inatividade que provocam (ONDR, 2017). Nas doenças respiratórias crónicas, a dispneia constitui o principal fator que conduz a limitações e influência negativamente a qualidade de vida da pessoa (Pardell, López, del Rio & Ramírez, 2018). A dispneia é decorrente de uma diminuição da força dos músculos respiratórios, agrava com a atividade e conduz a um estilo de vida cada vez mais sedentário. Este, por sua vez, leva a uma disfunção da musculatura periférica e traduz-se numa diminuição da tolerância à atividade, e consequentemente a uma qualidade de vida prejudicada (OE, 2018).

A pertinência desta escolha baseou-se, também, no facto de a área respiratória ser reconhecida no documento da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, como sendo uma área de investigação muito prioritária (OE, 2015a). E, pela possibilidade que terei, enquanto futura Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER), de maximizar o potencial funcional e de promover o autocuidado da pessoa com doença respiratória crónica, através da melhoria da sua tolerância à atividade. Visto que os cuidados de enfermagem de reabilitação visam a “manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades” (OE, 2015b, p.3). E que neste sentido, o EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (Regulamento nº 392/2019, p.13565).

Segundo o Relatório do ONDR (2017), a reabilitação respiratória é fulcral para a alteração de determinadas condições inerentes às doenças respiratórias crónicas, como a limitação nas atividades diárias e dificuldade na autogestão da doença, apresentando como benefícios a melhoria dos sintomas, como a dispneia, da capacidade funcional, da tolerância à atividade e da qualidade de vida.

Considerando a temática em estudo foi definido o seguinte objetivo geral:

- Desenvolver competências em enfermagem de reabilitação, no âmbito da prestação de cuidados especializados à pessoa com doença respiratória crónica, visando a melhoria à atividade.

A OE (2015c) refere que, “para haver desenvolvimento de competências tem de haver desenvolvimento do conhecimento e para isso é necessário adotar processos de investigação e prática baseada na evidência de cariz estruturante para a profissão” (OE, 2015c, p.3). Concomitantemente, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre exige o recurso à atividade de investigação, de inovação ou de aprofundamento de competências profissionais, que por sua vez vai de encontro ao estabelecido nos Descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Estudos, quando requer originalidade em desenvolver e/ou aplicar ideias, muitas vezes num contexto de investigação (Direção Geral do Ensino Superior, 2011).

Neste sentido, realizou-se uma revisão *scoping* (Apêndice II), procedendo-se a uma pesquisa nas bases de dados EBSCOHost (CINAHL e MEDLINE), B-on, Google Académico e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, usando as palavras-chave: *Rehabilitation Nursing*, *Respiratory Tract Disease*, *Physical Activity*, *Activity intolerance* e *Dyspnea*. De salientar, que durante a realização deste relatório a procura de evidência recente e pertinente, foi aprofundada e constante.

Relativamente à estrutura do projeto, este compreende cinco capítulos. Inicia-se com a introdução, que inclui uma breve contextualização do presente relatório, a justificação da pertinência da temática em estudo e o contexto em que foi desenvolvida. A segunda parte diz respeito ao enquadramento conceptual, onde descrevo os principais conceitos mobilizados no projeto e integro o modelo conceptual escolhido para o sustentar. Segue-se a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas, durante o ensino clínico, de acordo com os objetivos delineados. Posteriormente realizo a avaliação das aprendizagens realizadas, identificando as dificuldades sentidas e os obstáculos percebidos durante este percurso. Finalizo com as considerações finais, onde referencio os principais contributos para a enfermagem de reabilitação.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. Pessoa com Doença Respiratória Crónica – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

A doença respiratória crónica é definida pela OMS (2007), como sendo as doenças crónicas das vias respiratórias e de outras estruturas dos pulmões. Estas são responsáveis por um dos maiores problemas de saúde a nível mundial, com grande impacto na morbilidade e mortalidade (DGS, 2017). Foi neste sentido que surgiu em 2006 a Global Alliance Against Respiratory Diseases (GARD), uma aliança voluntária de organizações nacionais e internacionais, apoiada e coordenada pela OMS, que tem como principal objetivo o combate às doenças respiratórias crónicas e a redução do seu impacto mundial (Bousquet, Dahl & Khaltaev, 2007; DGS, 2017). Segundo a DGS (2013) as doenças respiratórias que se destacam pela sua importância e prevalência são a DPOC, a Asma e a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS).

A DPOC é uma doença comum, evitável e tratável que é caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo de ar, e que se deve a anormalidades nas vias aéreas e/ou alveolares, geralmente causadas por exposição significativa a partículas nocivas ou gases, e os sintomas mais comuns incluem a dispneia, tosse e/ou expectoração (GOLD, 2019). A prevalência da DPOC é de 14,2% em pessoas com mais de 40 anos e aumenta com a idade e com a carga tabágica, atingindo o valor de 30,8% acima dos 70 anos, sendo que nesta última faixa etária e no sexo masculino a prevalência de DPOC é muito elevada, atingindo valores de 47,2% (DGS, 2013).

A Asma é uma doença heterogénea, geralmente caracterizada por inflamação crónica das vias aéreas, pela presença de sintomas respiratórios, como pieira, falta de ar, aperto no peito e tosse, que variam ao longo do tempo e na intensidade, e por uma limitação variável do fluxo aéreo expiratório (Global Initiative for Asthma, 2018). Para a Asma calcula-se uma prevalência de 10%, sendo mais elevada na população infantil e juvenil. Estima-se que o número total de pessoas com asma ativa possa ultrapassar os 600 mil (DGS, 2013).

Um estudo da Rede Médicos Sentinela (DGS, 2014), caracteriza a SAOS “por episódios recorrentes de cessação total (apneias) ou parcial (hipopneias) do fluxo aéreo oronasal, secundários a um colapso da via aérea superior durante o sono” (DGS, 2014, p.1). Por sua vez, a prevalência de SAOS varia entre 3 a 28%, considerando exclusivamente episódios de apneia e hipopneia. Se a este quadro juntarmos a hipersonolência diurna, estima-se uma prevalência de 1 a 5%. Relativamente à SAOS não diagnosticada, esta varia entre 0,3 a 5% (DGS, 2014).

Diversos são os fatores de risco que conduzem ao aumento da prevalência e gravidade das doenças respiratórias crónicas, entre os quais a exposição à poluição, de várias origens, a malnutrição, baixo peso à nascença, infeções respiratórias recorrentes em idades precoces, e como principal fator de risco aponta-se a exposição direta ou indireta ao fumo do tabaco (DGS, 2013). A relevância das doenças respiratórias crónicas e a sua crescente presença está fortemente associado aos efeitos do tabagismo e à manutenção de hábitos tabágicos elevados. No entanto, o aumento progressivo da esperança média de vida, relacionado com a evolução da medicina e o acesso terapêuticas inovadoras, também contribui para o evidente aumento da prevalência das doenças respiratórias (ONDR, 2018).

As doenças respiratórias crónicas revelam-se como um enorme desafio para a vida e saúde da sociedade atual, sendo a prevenção e tratamento destas doenças, assim como, a promoção da saúde respiratória vistas como prioridades (ERS, 2013).

Estas, são responsáveis por significativas alterações funcionais na pessoa, como a degradação progressiva da função pulmonar e disfunção dos músculos esqueléticos periféricos, provocando dispneia ao realizar esforços físicos, e consequentemente uma diminuição da tolerância à atividade. A inatividade como resultado do aparecimento da dispneia e como forma de evitar a sensação de dificuldade em respirar, e consequente descondicionamento físico, faz com que as doenças respiratórias crónicas sejam vistas como um ciclo vicioso de sintomas incapacitantes que levam a uma desadaptação progressiva à atividade (Cordeiro & Menoita, 2012; Pamplona & Moraes, 2007; Silva et al., 2017; Soares & Carvalho, 2009). Neste sentido, a dispneia refere-se à perceção de dificuldade respiratória, associada ao desconforto, ansiedade e a um aumento do esforço para respirar, e destaca-se como o principal sintoma das doenças respiratórias crónicas (Gronkiewicz & Coover, 2011; OE, 2011a).

Por sua vez, a disfunção dos músculos esqueléticos periféricos, e consequente atrofia muscular dos membros encontram-se diretamente relacionados com a intolerância à atividade e também com a adoção de um estilo de vida sedentário, limitando e reduzindo a capacidade para a realização das atividades de vida diária e piorando a qualidade de vida (Cordeiro & Menoita, 2012; Kaymaz et al., 2018; Maltais et al., 2014; Silva et al., 2017; Soares & Carvalho, 2009). Desta forma, a intolerância à atividade é entendida como a ausência ou diminuição de capacidade para tolerar ou concluir atividades (OE, 2011a), e é uma das principais causas da limitação na realização das atividades de vida diária, em pessoas com doença respiratória crônica (OE, 2018).

A reabilitação respiratória destaca-se como a pedra angular no tratamento das doenças respiratórias crônicas, quer seja como complemento ou como alternativa ao tratamento farmacológico, sendo inegável o seu benefício na melhoria da dispneia, tolerância à atividade, capacidade funcional e qualidade de vida (Branco et al., 2012; Costa et al., 2014; DGS, 2009; Pamplona & Moraes, 2007; Sampaio et al., 2016). Possibilitando, assim, uma diminuição nas exacerbações e uma melhor capacidade de gestão da doença, traduzindo-se numa redução das consultas, internamentos hospitalares e na utilização de recursos de saúde (Branco et al., 2012; DGS, 2009).

Não obstante de a grande maioria dos estudos realizados incidirem particularmente na DPOC, a reabilitação respiratória em pessoas com doença respiratória crônica, que não a DPOC, apresenta igualmente os mesmos benefícios (OE, 2018; Pamplona & Moraes, 2007; Spruit et al., 2013).

O American Thoracic Society e o European Respiratory Society definem a reabilitação respiratória como:

an evidence-based, multidisciplinary, and comprehensive intervention for patients with chronic respiratory diseases who are symptomatic and often have decreased daily life activities. Integrated into the individualized treatment of the patient, pulmonary rehabilitation is designed to reduce symptoms, optimize functional status, increase participation, and reduce health care costs through stabilizing or reversing systemic manifestations of the disease (Nici et al., 2006, p 1391).

Um programa de reabilitação respiratória deve ser bem direcionado e desenhado individualmente, impondo uma avaliação personalizada relativamente à pessoa, à sua idade, capacidade de aprendizagem, motivação, problemas

psicológicos, emocionais e sociais, relativamente à doença e à sua gravidade, e ao local de aplicação do programa e recursos existentes (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018; Silva et al., 2017; Spruit & Wouters 2019; Zanchet, Viegas & Lima, 2005). E mais do que uma intervenção multidisciplinar, em que cada elemento da equipa trabalha de forma independente para atingir objetivos específicos da sua área de atuação e onde o resultado global da intervenção é igual ao somatório dos tratamentos realizados por cada disciplina, deve haver uma intervenção abrangente e interdisciplinar, determinada pela colaboração constante entre todos os elementos da equipa no estabelecimento de objetivos e procedimentos a adotar (Branco, 2017). “Os objetivos físicos, psicológicos, sociais e espirituais para cada pessoa não podem ser plenamente atingidos isolando-os e atribuindo responsabilidade a uma disciplina específica” (Barbara & Sally, 2011, p.27). A intervenção “interdisciplinar promove a colaboração da pessoa cuidada, melhora a satisfação, baixa a mortalidade, reduz a duração dos internamentos, diminui os custos e aumenta a satisfação laboral dos profissionais de saúde envolvidos” (Branco, 2017, p.30).

Mais recentemente, a reabilitação respiratória foi definida como uma intervenção abrangente, fundamentada numa avaliação completa da pessoa e em tratamentos individualizados, que incluem o treino de exercício, a educação e a mudança de comportamentos, melhorando a condição física e psicológica da pessoa e promovendo a adesão a longo prazo de comportamentos para a melhoria da saúde (Spruit et al., 2013). O treino de exercício e a educação, são encarados como os dois pilares indispensáveis, que permitirão melhorar a capacidade física da pessoa, tornando-a mais ativa e independente, e também a sua capacidade de decisão face às opções de tratamento e aos mecanismos de *coping* a adotar, possibilitando a otimização e manutenção dos benefícios de qualquer programa de reabilitação respiratória (Burtin & Zuwallack, 2018; DGS, 2009; OE, 2018; ONDR, 2017).

Pardell, López, del Rio & Ramírez (2018), realizaram um estudo cujo objetivo era avaliar a eficácia de um programa de reabilitação respiratória em pessoas com o diagnóstico de DPOC grave e muito grave, sendo que a avaliação dos resultados foi realizada no final do programa de reabilitação respiratória e um ano após o término deste. O programa consistiu em programas de educação para a saúde e sobre o autocuidado, de forma a permitir que a pessoa possa fazer uma melhor gestão do seu estado de saúde, das mudanças inerentes e do tratamento a realizar. Este programa englobou, também, sessões de 45 minutos, 4 vezes por semana, durante 8 semanas,

que consistiam na realização de exercícios de reeducação respiratória e o treino de exercícios de força e resistência tanto para os membros superiores como inferiores. A aplicação deste programa permitiu revelar melhorias na dispneia, capacidade para o exercício e qualidade de vida das pessoas com diagnóstico de DPOC grave e muito grave.

Assim sendo, o treino de exercício tem vindo a ser utilizado de forma crescente na abordagem e tratamento da pessoa com doença respiratória crónica, tendo-se revelado como uma componente fundamental num programa de reabilitação respiratória, com eficácia comprovada na melhoria da função muscular, da tolerância e capacidade para a atividade, num aumento da independência funcional na realização das atividades de vida, num aumento da qualidade de vida e na redução da dispneia e da ansiedade (Branco et al., 2012; Cordeiro & Menoita, 2012; GOLD, 2019; Kang, Steele, Burr & Dougherty, 2018; OE, 2018; Pamplona & Morais, 2007; Soares & Carvalho, 2009; Vainshelboim et al., 2014).

Para que um treino de exercício permita alcançar os benefícios referidos, este deve obedecer a determinados princípios (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018; Pamplona & Morais, 2007):

- Princípio da sobrecarga, que refere que a função muscular pode ser melhorada, se o músculo for sujeito a uma carga superior àquela que está habituado;
- Princípio da especificidade, em que cada tipo de exercício produz resultados específicos, em determinado grupo muscular;
- Princípio da reversibilidade, indica que os benefícios do treino apenas se mantêm se houver continuidade do mesmo;
- Princípio da individualidade, que defende que o treino deve ser individualizado, tendo em conta as capacidades e limitações de cada pessoa.

Existem duas modalidades de treino essenciais, o treino aeróbico ou *endurance*, que pressupõe a realização de exercícios com duração moderada a longa, com uma intensidade de moderada a elevada e nos quais são utilizados grandes grupos musculares, e o treino de força ou *resistence*, que consiste na realização de exercícios de curta duração, com uma intensidade elevada e que compreendem a utilização de pequenos grupos musculares (Cordeiro & Menoita, 2012). Sendo que, a

combinação de exercícios aeróbicos e de força, em programas de treino de exercício para pessoas com doença respiratória crónica, tem demonstrado ser a estratégia adequada e mais benéfica (Alcazar, Rodriguez-Lopez, Alfaro-Acha, Alegre & Ara, 2018; Burtin & Zuwallack, 2018; DGS, 2009; OE, 2018; Pamplona & Morais, 2007).

Ambrozin et al. (2013), efetuaram um estudo em 10 pessoas com diagnóstico de Doença Pulmonar Crónica, em que o seu objetivo era avaliar os efeitos de um programa de reabilitação pulmonar combinado, na função cardiorrespiratória e força muscular periférica destas pessoas. O programa de reabilitação pulmonar foi desenvolvido em 24 sessões com duração de 60 minutos, 3 vezes por semana e era constituído por exercícios aeróbicos (2 vezes por semana) e resistidos (1 vez por semana). Após este programa de reabilitação houve melhoria na força muscular expiratória, na força dos membros inferiores e na capacidade funcional, e diminuição na obstrução ao fluxo aéreo.

Na reabilitação respiratória direcionada para as pessoas com doença respiratória crónica, outra abordagem que tem um papel muito importante, passa por tornar o gasto de energia mais eficiente, e isto é possível através da utilização de técnicas de conservação de energia (Ambrozin et al., 2013). As técnicas de conservação de energia, são consideradas uma das principais intervenções educacionais do EEER, e permitem que a pessoa seja capaz de realizar as suas atividades de vida diária com o menor consumo de energia e de oxigénio possível, e consequentemente a redução de sintomas como a dispneia e o aumento e manutenção da sua independência funcional (OE, 2018; Pasqualoto, Schumacher, Dumke, Winkelmann, & Bittencourt, 2009).

Como forma de conservação de energia, existem inúmeras tarefas simples que a pessoa com doença respiratória crónica pode ser ensinada a fazer, por exemplo, realizar os cuidados de higiene sentada (tomar banho, escovar os dentes, barbear ou pentear-se), utilizar roupas largas (fáceis de vestir) e calçado sem atacadores, realizar tarefas domésticas de modo intervalado, fazendo várias pausas para descanso entre as mesmas e transportar objetos com as duas mãos junto ao corpo ou utilizando um carrinho (DGS, 2009; OE, 2018).

A posição de descanso (posição de cocheiro sentado ou em pé), é uma técnica que consiste na adoção de posições corporais, que permitem descontrair os músculos acessórios da respiração, cintura escapular, pescoço e membros superiores e facilitar

a respiração diafragmática, e, que são, também, empregues como formas de conservação de energia (Cordeiro & Menoita, 2012; Hill, Lazzeri & D'Abrosca, 2018).

Num estudo desenvolvido por Silva et al (2015), cujo objetivo foi investigar se algumas atividades de vida diária que são habitualmente relacionadas com a sensação de dispneia, estão associadas à hiperinsuflação pulmonar e se o uso de técnicas de conservação de energia pode reduzir esta hiperinsuflação pulmonar. Este estudo incidiu em 18 pessoas com diagnóstico de DPOC moderada a grave, e que realizaram seis atividades (caminhar numa passadeira, guardar caixas, andar 56 metros carregando um peso de 5kg, subir escadas, simular tomar banho e calçar sapatos), com e sem a realização de técnicas de conservação de energia. No final deste estudo, concluíram que pessoas com DPOC moderada a grave desenvolvem hiperinsuflação pulmonar com a realização de atividades de vida diária comuns e que técnicas de conservação de energia podem evitar essa hiperinsuflação pulmonar em algumas dessas atividades.

É recomendada uma avaliação multidimensional e interdisciplinar do indivíduo com doença respiratória crónica, antes do início de um programa de reabilitação respiratória, que permita a prestação de cuidados adequados às características do indivíduo (McDonald, Roberts & Inder, 2018). De referir que, um programa de reabilitação respiratória deve ser contínuo e monitorizado, de forma a garantir a efetividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação (Cordeiro & Menoita, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

É reconhecido que, os EEER são os profissionais que possuem um conjunto único de habilidades e conhecimentos especializados, que permitem a prestação de cuidados de qualidade centrados na pessoa, que vão de encontro às necessidades da mesma e aos objetivos delineados para o programa de reabilitação personalizado estabelecido (Kelly et al., 2018; McDonald, Roberts & Inder, 2018). Posto isto, o EEER possui um papel fundamental junto da pessoa com doença respiratória crónica, visto estas apresentarem alterações na sua autonomia, que interferem com a realização do seu autocuidado (Fonseca, Correia, Redol & Fernandes, 2018). O seu objetivo primordial é permitir o regresso da pessoa ao seu nível máximo de independência funcional e a capacitação para a execução do seu autocuidado (Nascimento, Mousinho & Fonseca, 2018).

1.2. Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem

O autocuidado é identificado como um conceito fulcral para a enfermagem e encarado como um recurso relevante para a promoção da saúde e gestão eficaz dos processos saúde/doença, tendo uma importância crescente na gestão de doenças crónicas (Petronilho, 2012).

Desta forma, e entendendo que as doenças respiratórias crónicas condicionam a capacidade da pessoa para assegurar o autocuidado na sua plenitude, como referencial teórico para a realização deste projeto elegi a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem (Orem, 2001), visto que esta revela-se uma estrutura teórica, de excelência, orientadora da prática dos cuidados de enfermagem e que permite a otimização da qualidade do exercício profissional (OE, 2011b).

São três as teorias que compõem a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado e que se encontram relacionadas entre si: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001).

Na Teoria do Autocuidado, o autocuidado é entendido como uma ação de maturidade, em que a pessoa que o realiza desenvolveu as capacidades adequadas e válidas para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes, tendo em consideração a manutenção do bem-estar, da saúde, da integridade e das condições essenciais à vida (Orem, 2001).

Nesta teoria, Orem (2001) desenvolve o conceito de requisitos de autocuidado e identifica a existência de três tipos de requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento e no desvio de saúde. Os requisitos de autocuidado universais, são comuns a todos os seres humanos durante todas as etapas de um ciclo de vida e encontram-se relacionados com os processos de vida, com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano e com o bem-estar geral. Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento, estão associados a processos de crescimento e desenvolvimento humano e a acontecimentos que sucedem nas diferentes fases do ciclo de vida. Os requisitos de autocuidado no desvio de saúde, relacionam-se com situações de doença ou com medidas médicas de diagnóstico e tratamento e suas consequências.

A Teoria do Défice de Autocuidado, descreve e explica a razão pela qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem. A intervenção de enfermagem é

requerida quando a capacidade da pessoa para o autocuidado se encontra limitada e reduzida relativamente às necessidades terapêuticas de autocuidado. O enfermeiro pode intervir, de forma a compensar a limitação da pessoa no autocuidado, utilizando os seguintes métodos de ajuda: agir ou fazer pela pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente que permita o desenvolvimento pessoal e ensinar (Orem, 2001).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem, diz respeito às relações que são estabelecidas e que são necessárias para a realização dos cuidados de enfermagem. Nesta teoria, são reconhecidos três tipos de sistemas de enfermagem que podem ser utilizados na satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa. No sistema totalmente compensatório, o enfermeiro substitui a pessoa na realização do seu autocuidado, que devido às suas limitações não consegue assegurar o autocuidado necessário. No sistema parcialmente compensatório, o enfermeiro e a pessoa desempenham o autocuidado em conjunto, visto que a pessoa tem capacidade para efetuar algumas atividades de autocuidado. Por último, no sistema apoio-educação, a pessoa possui capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de assistência e supervisão do enfermeiro para a realização do mesmo (Orem, 2001).

A escolha deste modelo conceptual na orientação da minha prática de cuidados em enfermagem de reabilitação, demonstrou-se bastante pertinente, visto que as doenças respiratórias crónicas, são doenças progressivas, responsáveis por significativas alterações funcionais, que interferem com a realização do autocuidado, podendo mesmo conduzir a situações de dependência.

A capacidade da pessoa, com doença respiratória crónica, para recuperar ou manter a máxima independência no autocuidado é determinada pela sua habilidade em desenvolver estratégias relativamente às limitações e dificuldades que apresenta, sendo que aqui o Enfermeiro de Reabilitação tem um papel fundamental, e pode atuar a vários níveis, estabelecendo as relações essenciais aos cuidados de enfermagem necessários.

Desta forma, a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem (Orem, 2001) permite orientar a prática dos cuidados do EEER, para a estruturação de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação personalizados e que possibilitem a “manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades” (OE, 2015b, p.3).

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

A exigência técnica e científica imposta e necessária, pela sua importância, atribuída atualmente aos cuidados de enfermagem, estabelecem a necessidade crescente da ampliação de conhecimentos e competências dos enfermeiros, e consequentemente da sua diferenciação e especialização nas áreas de especialidade em enfermagem (Regulamento nº 140/2019). A correlação entre aprofundamento teórico, a investigação e a prática são fundamentais para o desenvolvimento do processo em que serão reconhecidas as competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados (Pierce, Predeger & Mumma, 2011; Regulamento nº 140/2019).

“A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria” (Benner, 2001, p. 61). Assim sendo, o ensino clínico revela-se basilar para a formação, para alcançar os objetivos definidos (Apêndice I) e fundamentalmente para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019), das competências específicas do EEER (Regulamento nº 392/2019) e das competências preconizadas nos Descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Estudos (Direção Geral do Ensino Superior, 2011).

Deste modo, com o objetivo de efetivar o meu percurso de desenvolvimento das referidas competências, realizei estágio em dois contextos distintos, um numa UCC do agrupamento de centros de saúde Lisboa, mais concretamente na ECCI (no período de 24/09/2018 a 16/11/2018) e outro num hospital do centro hospitalar Lisboa, na URR (no período de 19/11/2018 a 08/02/2019).

Seguidamente será realizada a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas, nos contextos de estágio referidos, e que permitiram o desenvolvimento das competências comuns e específicas de EEER.

2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Objetivo Específico 1. *Demonstrar uma prática de cuidados responsável que assegure a defesa e o respeito pelos direitos humanos e que seja suportada em princípios éticos e deontológicos.*

Inerente a todo este percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências esteve presente a procura constante da prestação de cuidados de excelência, assegurando o cumprimento do Código Deontológico inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE (OE, 2015d), que determina os direitos e os deveres do Enfermeiro. Este mesmo documento prevê que a profissão de enfermagem seja exercida “com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015d, p.78).

Os princípios e os valores deontológicos são universais e transversais ao exercício profissional em qualquer contexto de cuidados, sendo que os cuidados de enfermagem de reabilitação foram prestados demonstrando-se respeito pela dignidade da pessoa humana, pelos princípios da beneficência e não maleficência, por valores como a igualdade, a verdade, a justiça e a liberdade responsável. As minhas intervenções e decisões foram realizadas de modo a ir ao encontro das preferências e necessidades da pessoa, envolvendo-a em todo o processo cuidados e promovendo a sua autonomia e autocuidado.

Revejo uma situação de cuidados, durante o ensino clínico em ECCL, a uma pessoa com Esclerose Lateral Amiotrófica (Apêndice IV) que já se encontrava em situação de dependência no que respeita à realização dos seus autocuidados, com alteração na sua autonomia funcional, mas não na sua capacidade de decisão. A pessoa comunicava com recurso a um dispositivo alfabético adaptado para a construção de palavras e todas as intervenções e cuidados a prestar eram-lhe transmitidos, explicados e planeados em conjunto, não apenas de acordo com a necessidade de cuidados, mas também tendo em conta as suas vontades e preferências. “O enfermeiro deve agir no respeito integral pela pessoa e não apenas pela necessidade de cuidados em concreto” (Deodato, 2017, p.37). Este agir é fundamental para assegurar o respeito pela dignidade da pessoa, que por sua vez

implica o respeito pela liberdade, uma vez que este exige ao enfermeiro a inclusão da vontade na pessoa no planeamento dos cuidados e dita o dever que o enfermeiro tem em obter o consentimento livre e esclarecido para os cuidados que irá prestar, culminando assim no respeito pelo princípio da autonomia (Deodato, 2017).

Para a efetivação deste objetivo, e perspetivando uma integração nos serviços e na equipa multidisciplinar mais facilitada, foi necessário conhecer a dinâmica de funcionamento e organização dos locais de estágio (ECCI e URR), quais as suas missões e população-alvo, bem como os recursos físicos, materiais e humanos existentes. Para isso, consultei normas e protocolos dos serviços, instrumentos de avaliação e sistema de registos de enfermagem utilizados (Apêndice III e Apêndice VI). A aquisição deste conhecimento foi importante e contribuiu para compreender de que forma o seu funcionamento, organização e metodologia de trabalho permitia e potenciava uma prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

Desta forma, a ECCI era constituída por uma equipa de três EEER, três enfermeiros de cuidados gerais, dois médicos, uma fisioterapeuta, duas assistentes sociais e uma psicóloga, e dirigia os seus cuidados para pessoas com elevada dependência funcional, pessoas com doenças crónicas evolutivas e dependência funcional e pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida, apresentando um número máximo de vagas para setenta pessoas.

Por sua vez, a URR era constituída por sete EEER, uma médica pneumologista, duas assistentes operacionais e uma secretária de unidade. A URR encontrava-se integrada no serviço de Pneumologia e tinha como principal objetivo, prestar cuidados de saúde no âmbito da prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pessoas portadoras de doenças do foro respiratório, em fase aguda ou crónica, em regime de internamento ou ambulatório, mediante referênciação. No espaço físico da URR, existia uma área onde eram prestados cuidados de cinesiterapia respiratória e drenagem postural, e o ginásio, onde era realizado o treino de exercício. No departamento, era ainda efetuada a consulta de Fibrose Quística, onde era feito um atendimento personalizado à pessoa portadora de Fibrose Quística e à sua família, com os principais objetivos de educar, aconselhar, fornecer apoio e suporte e garantir a continuidade dos cuidados. Aqui, a equipa incluía também uma dietista, uma psicóloga e uma técnica de serviço social.

Em ambos os contextos de estágio as equipas eram constituídas por diversos elementos, que trabalham de forma individual para alcançar objetivos específicos da sua disciplina, não havendo por isso uma colaboração constante entre todos os elementos da equipa no estabelecimento de objetivos comuns e intervenções a adotar, sendo por isso identificadas como equipas multidisciplinares (Branco, 2017). Não verifiquei a existência da realização de reuniões formais programadas, com o intuito de estabelecer objetivos, desenvolver estratégias e planos de cuidados, em que a finalidade fosse a de atingir resultados globais superiores àqueles passíveis de serem alcançados por cada elemento da equipa individualmente, não havendo por isso um trabalho interdisciplinar entre todos.

Apesar disso, e como forma de colmatar esta falha na colaboração de forma interdisciplinar, era proporcionado pelo EEER e por mim, momentos de partilha, assim como algumas reuniões informais com alguns membros da equipa multidisciplinar, que possibilitavam a realização de planos de cuidados mais personalizados e adequados às necessidades de cada pessoa.

Recordo o caso de uma utente internada no serviço de medicina com o diagnóstico de atelectasia total do pulmão esquerdo por obstrução, a qual já tinha sido submetida a duas broncofibroscopias, mas sem sucesso. Juntamente com o médico assistente debatemos qual seria a melhor intervenção para a utente, tendo este salientado a importância da nossa atuação nesta situação. Com os enfermeiros dos cuidados gerais, foi acordado a realização de aerossol prescrito trinta minutos antes da nossa atuação, por forma a esta ser mais eficaz, e para isso contactávamos o serviço todos os dias a comunicar o horário em que estaríamos presentes no mesmo. Foi evidente a importância da comunicação e articulação com o médico assistente e com os enfermeiros de cuidados gerais do serviço para que se conseguisse alguns ganhos em termos de reabilitação.

Assim sendo, as atividades realizadas possibilitaram o desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista nos domínios, A1 “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e A2 “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº 140/2019).

Objetivo Específico 2. *Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.*

Para a concretização deste objetivo, relevo a importância de ter realizado registos de enfermagem de reabilitação rigorosos e completos, que suportaram as tomadas de decisão, bem como os planos de cuidados de enfermagem de reabilitação implementados. Este tipo de registos de enfermagem de reabilitação facilitam o processo de comunicação e desempenho entre a equipa e possibilitam uma gestão eficaz dos cuidados e contribuem para a qualidade e segurança dos mesmos (Pestana, 2017b).

Na ECCI os registos foram realizados em suporte informático. No entanto na URR, é ainda utilizada uma folha de registos de cuidados de enfermagem de reabilitação, tanto para os cuidados prestados no internamento, como no próprio serviço da URR. Estes apesar de serem em formato papel, e não informatizado como já acontece na grande maioria dos serviços, revelou-se um instrumento de registo muito útil, pois permitia uma fácil estruturação e planeamento dos cuidados, contribuindo para a continuidade dos mesmos (Anexo I).

Durante o período de formação como EEER em ensino clínico procurei continuamente aprofundar conhecimentos e realizar novas aprendizagens, com base em evidência científica, e partilhar com a equipa multidisciplinar. Neste sentido realizei uma revisão crítica de um artigo, intitulado de “Atividades de Vida Diária e Presença de Dispneia em Indivíduos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica” (Silva et al., 2017) (Apêndice VIII), assim como a apresentação da mesma no serviço, através de uma sessão de formação (Apêndice IX), em que estiveram presentes todos os EEER da URR, a Enfermeira Chefe, os estudantes da especialidade de enfermagem de reabilitação que se encontravam em estágio e a médica pneumologista da URR. Após a apresentação, houve um momento de discussão, partilha de ideias e esclarecimento de dúvidas. A realização desta revisão crítica foi um desafio que me foi colocado, inicialmente fiquei um pouco apreensiva relativamente à sua realização e se o conseguiria fazer, pois nunca tinha feito algo do género, mas aceitei o desafio. A sua realização permitiu-me aceder a evidência científica e aprofundar conhecimentos que foram de grande relevância para a implementação do meu projeto de estágio e no final foi extremamente gratificante o reconhecimento de que tinha conseguido ultrapassar este desafio com sucesso.

Com o intuito de colaborar na realização e implementação de projetos e programas de melhoria da qualidade de cuidados, desenvolvi, em parceria com outra estudante da especialidade de enfermagem de reabilitação de outra escola, um vídeo em que exemplificávamos a realização de um treino de exercício, desde o aquecimento, ao treino de exercício propriamente dito, membros superiores, membros inferiores, passadeira, bicicleta e ergómetro, até aos alongamentos. Apesar de já existirem alguns posters no ginásio que exemplificavam os passos do treino de exercício, identifiquei alguma dificuldade, por parte das pessoas que frequentavam o ginásio em usufruírem dos mesmos, visto que estes eram exemplos estáticos e por vezes não perceptíveis quanto ao tipo de exercício a realizar. Neste sentido, perspetivo que este vídeo seja de todo facilitador e que complemente o trabalho feito pelo EEER, no ginásio. Apesar de não ter sido efetivamente implementado, por circunstâncias que não pude contornar (avaria de televisão do serviço), deixo este contributo e espero que futuramente permita ganhos em saúde e se torne uma mais valia para o serviço. “O EEER deve estimular a dinamização dos elementos impulsionadores da qualidade dos seus cuidados, numa perspetiva de melhoria contínua da saúde e qualidade de vida das pessoas” (Pontes & Santos, 2017).

Desta forma, as atividades realizadas permitiram-me desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista nos domínios, B1 “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” e B2 “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Regulamento nº 140/2019).

Objetivo Específico 3. Colaborar na gestão do risco e promoção de um ambiente seguro e protetor das pessoas.

A gestão do risco e promoção de um ambiente seguro e protetor das pessoas, é essencial na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Para isso, o enfermeiro deverá adotar comportamentos seguros na prestação de cuidados, identificar, reduzir e/ou eliminar situações de risco e prejudiciais para a pessoa, cuidador e família. O EEER tem um papel decisivo nos processos de gestão de risco da pessoa doente em situação de reabilitação, devendo avaliar continuamente as estratégias de reabilitação adotadas e o efeito dos cuidados prestados (Pontes & Santos, 2017). Este é detentor de conhecimentos aprofundados, no âmbito das suas

competências, devendo assumir a responsabilidade de orientação e educação da pessoa, cuidador e família (OE, 2013).

Deste modo, durante o ensino clínico, procurei garantir a segurança da pessoa e respetivo cuidador/família, em todos os momentos da prestação de cuidados, para isso instruí e treinei sobre a importância da utilização de tapete antiderrapante na base de duche, para manter os locais de circulação livres e de fácil acesso, para a remoção de tapetes soltos, para manter o piso limpo e seco, para a utilização de calçado fechado e com sola antiderrapante na realização de treino de marcha, para o uso de calças e cinto na realização de levantar e para importância de manter a cadeira de rodas travada durante as transferências.

De salientar, que durante a prestação de cuidados, houve uma preocupação constante na adoção de uma postura correta, aplicando e respeitando os princípios da mecânica corporal (postura, alinhamento e equilíbrio), assim como o ensino sobre estes mesmos princípios ao cuidador/família. Foram efetuados ensinamentos sobre como realizar esforços, no sentido em que se deve manter a região dorso-lombar direita, fletir os joelhos evitando a inclinação anterior do tronco e colocar a força nos músculos dos membros inferiores, evitar realizar movimentos de rotação e flexão da coluna e manter o alinhamento corporal, usar o próprio peso para facilitar o movimento e ao elevar pesos colocá-los sempre o mais próximo possível do corpo. A mecânica corporal e adoção dos seus princípios é fundamental para minimizar os efeitos da sobrecarga física dos enfermeiros e cuidadores e para a prevenção de lesões músculo-esqueléticas (OE, 2013).

Considero que as atividades realizadas permitiram-me desenvolver a competência comum do enfermeiro especialista no domínio, B3 “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº 140/2019).

Objetivo Específico 4. Otimizar o processo de cuidados, participando nas decisões da equipa multiprofissional e na gestão dos recursos disponíveis.

O EEER, devido aos conhecimentos e competências especializadas que possui, assume um papel crucial junto da pessoa, família/cuidador e da equipa multidisciplinar, sendo considerado como o pilar estruturante para planear, conceber, implementar e gerir programas de reabilitação personalizados, adequados às

necessidades da pessoa, e de forma a assegurar a continuidade e qualidade dos cuidados (Pestana, 2017a).

O EEER atua como um elemento unificador na prestação de cuidados, demonstrando-o pela sua capacidade em lidar com a crescente complexidade, fragmentação e constrangimentos associados à prestação desses mesmos cuidados, através do seu planeamento, implementação e avaliação (McCollom, 2011), bem como pelo reconhecimento de situações em que seja necessário referenciar para outros profissionais de saúde.

Remeto-me para uma situação do caso específico de um utente da ECCL, com o diagnóstico de Parkinson, que vivia com a esposa, que era a sua cuidadora principal. A esposa passava o dia em casa com o marido, só saindo de casa para ir às compras durante a presença das cuidadoras da santa casa da misericórdia, que vinham para prestar os cuidados de higiene. À exceção da minha intervenção e da enfermeira orientadora enquanto EEER, o utente passava o dia deitado ou sentado em frente à televisão. Por outro lado, a esposa começou a demonstrar e a referir desgaste e cansaço, por toda a sobrecarga inerente ao seu papel de cuidadora.

Cuidar de uma pessoa dependente no domicílio implica lidar com uma variedade de esforços e tarefas complexas que podem exceder as capacidades do cuidador, podendo levá-lo à exaustão e sobrecarga, com repercussões a nível físico, psicológico e social, quer para o cuidador como para a pessoa alvo dos cuidados (Mendes, Figueiredo, Santos, Fernandes & Fonseca, 2019).

Face a toda esta situação, foi verificado que era necessário agir no sentido de proporcionar algum dinamismo, interação e participação social do utente em questão, bem como permitir algum tempo de descanso para a sua esposa, que permitisse melhorar a qualidade de vida de ambos. Neste sentido, programamos uma visita domiciliária em conjunto com a assistente social, e juntamente com a esposa conversámos sobre todas as hipóteses pelas quais se poderiam optar. Visto que a esposa não queria referenciar o marido para outra unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), então propusemos ajuda no sentido de integrar o utente num centro de dia, e assim permitir que esta pudesse descansar, bem como ao esposo pudesse participar em atividades que mantenham a mente ativa e funcionante, como a realização de jogos lúdicos, atividades recreativas, por forma a estimular as funções cognitivas e a socialização. É fundamental que seja fomentada

a vida de relação, a manutenção dos interesses e passatempos, a realização de atividades fora de casa, desde que sejam do agrado e estejam de acordo com as capacidades e limitações da pessoa (Batista, 2014).

Enquanto líder no processo de tomada de decisão, é da responsabilidade do EEER a implementação de medidas que visem dar resposta às necessidades das pessoas e seus cuidadores/famílias, mobilizando os recursos disponíveis na comunidade para melhorar a qualidade de vida e dos cuidados de saúde. “O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (Regulamento nº 392/2019, p.13565).

Este domínio da gestão de cuidados, também esteve presente numa situação de uma utente dependente e acamada, que já tinha tido uma úlcera de pressão na região sagrada e que nesse momento apresentava um rubor branqueável no mesmo local. Foi identificada a necessidade de atuar no sentido de prevenir a formação de uma nova úlcera de pressão, desta forma foi contactada a santa casa da misericórdia e procedeu-se ao pedido de um colchão de pressão alternada, sendo que o mesmo foi providenciado. O colchão foi aplicado, e foram realizados ensinamentos relativamente à utilização e manutenção daquele equipamento, e para além disso foram reforçados ensinamentos sobre a importância da alternância de decúbitos, de manter a pele limpa e sem humidade, hidratar a pele com creme, manter a roupa da cama e o vestuário sempre limpos, secos e bem esticados, de forma a não haver locais que possam causar pontos de pressão e de providenciar uma alimentação equilibrada e variada.

Como tal, as atividades realizadas proporcionaram-me o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista nos domínios, C1. “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e C2. “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019).

Objetivo Específico 5. Criar oportunidades de aprendizagem que permitam o desenvolvimento pessoal, no âmbito do autoconhecimento, e profissional, tendo em vista o alcance de conhecimentos sólidos e baseados na melhor evidência científica.

A atualização e contínua formação no processo de desenvolvimento de novos conhecimentos e competências do enfermeiro é preeminente, tendo em conta a importância da contínua otimização de resultados e as crescentes necessidades da população alvo de cuidados (Barata, 2017).

Para efetivar este meu percurso de novas aprendizagens e desenvolvimento de competências participei no 1º Congresso de Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar Lisboa Norte, intitulado de *Reabilitar é Capacitar*. A participação neste congresso permitiu-me aprofundar conhecimentos no âmbito da reabilitação em enfermagem nos diversos contextos em que é exercida, e mais especificamente na área em que desenvolvo o meu projeto de estágio (Apêndice VII). Ainda, em contexto de formação em serviço, na URR, assisti a uma sessão de formação sobre “Alterações Respiratórias na Pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC)” apresentada por uma estudante da especialidade de enfermagem de reabilitação de outra escola. Esta formação permitiu-me rever algumas noções básicas sobre o AVC e mais especificamente, quais as principais alterações que ocorrem no sistema respiratório da pessoa após o AVC, com enfoque na musculatura respiratória e quais os efeitos de um programa de treino muscular respiratório nestas pessoas.

Outro fator decisivo no meu processo de aprendizagem foi o facto de ter refletido sobre várias situações experienciadas ao longo do ensino clínico, pois possibilitou-me a consciencialização do meu agir profissional, desenvolver sentido de autocrítica, identificar as aprendizagens significativas e contributos, assim como as dificuldades sentidas e as estratégias para as minimizar ou ultrapassar. “A partir da reflexão das práticas reais (abstração e conceptualização), o enfermeiro pode reinvestir a sua experiência sobre a prática, sendo capaz não só de aprender, mas de aprender a aprender” (Barata, 2017, p.127). A prática reflexiva foi desenvolvida através da elaboração de jornais de aprendizagem, tanto na ECCI (Apêndice III, IV e V), como na URR (Apêndice VI e VII) e tiveram como guia norteador o Ciclo Reflexivo de Gibbs.

Também realizei estudos de caso (Apêndice X e XI), em ambos os contextos de estágio, onde reconheci e determinei prioridades e estratégias para a prestação de cuidados especializados de reabilitação, com recurso a uma constante pesquisa bibliográfica e de evidência científica, e que me permitiram alcançar e aprofundar conhecimentos. Saliento, ainda, as diversas reuniões formais e informais com os

enfermeiros orientadores e com a docente orientadora, com o intuito de abordar e refletir sobre as diversas situações de cuidados existentes ao longo dos estágios e de esclarecimento de dúvidas, e que me incentivavam na constante procura de novos conhecimentos e evidência científica.

As atividades referidas e realizadas permitiram-me o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista nos domínios, D1. “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e D2. “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº 140/2019).

2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Objetivo Específico 6. Desenvolver o processo de enfermagem, na prestação de cuidados especializados de reabilitação, com base nas necessidades de autocuidado das pessoas com alterações da função cognitiva, sensorial, motora e respiratória (com ênfase na pessoa com doença respiratória crónica).

Objetivo Específico 7. Elaborar e implementar programas de treino de atividades de vida diária, objetivando a melhoria da tolerância à atividade da pessoa com doença respiratória crónica.

O processo de enfermagem, é um processo contínuo e dinâmico que possibilita não só organizar, como alterar os cuidados, de acordo com as necessidades da pessoa, promovendo cuidados de enfermagem individualizados, é um processo de pensamento crítico, onde é aplicada a melhor evidência disponível para cuidar e promover a saúde das pessoas (Potter, Perry, Stockert & Hall, 2013). Desta forma, o processo de enfermagem estabelece-se como um instrumento estruturante para a prática de cuidados de enfermagem, e o seu desenvolvimento na prestação de cuidados especializados de reabilitação foi realizado com base na Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem (Orem, 2001).

A avaliação inicial da pessoa é fundamental para orientar o EEER no planeamento dos cuidados, para isso realizei uma recolha de dados junto da pessoa e seus cuidadores/familiares, através de entrevista, consultei processo clínico, exames complementares de diagnóstico e relatórios clínicos.

O recurso a instrumentos de avaliação, com o intuito de objetivar e melhorar a descrição da condição de saúde da pessoa, deve ser sistemático, de modo a permitir o planeamento adequado das intervenções de enfermagem de reabilitação, bem como a avaliação dos resultados após a implementação das mesmas (Pestana, 2017b). Apesar de na minha prática clínica já utilizar alguns instrumentos de avaliação, grande parte dos instrumentos de avaliação aplicados neste estágio não eram do meu conhecimento antes de iniciar este percurso de formação. Fiquei surpreendida com o vasto leque de instrumentos de avaliação que podemos utilizar, e que nos fornecem dados importantes para o planeamento da intervenção, acompanhamento dos progressos em termos dos benefícios das intervenções e consequentemente, avaliação do programa estabelecido, por outro lado foi desafiante selecionar os instrumentos de avaliação mais rigorosos e adequados a cada situação de cuidados. Desta forma, os instrumentos de avaliação que mais utilizei ao longo do estágio foram, a Escala numérica da dor (Anexo IV), para avaliar a dor, a Medical Research Council Muscle Scale (Anexo V), para a avaliação da força muscular, a Escala de Ashworth Modificada (Anexo VI), para a avaliação do tônus muscular, a Escala de Berg (Anexo VII), para a avaliação do equilíbrio, a Escala de Braden (Anexo VIII), para a avaliação do risco de úlcera de pressão, o Índice de Barthel (Anexo IX) e a Medida de Independência Funcional (Anexo X), para a avaliação funcional, a Escala de Borg Modificada (Anexo XI), para avaliação da dispneia, a Escala de Borg Modificada (Anexo XII), para a avaliação da perceção subjetiva ao esforço, a Modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire (Anexo XIII), para a avaliação da dispneia da pessoa com DPOC, a COPD Assessment Test – CAT (Anexo XIV), para a avaliação do impacto que a DPOC tem no bem-estar e no quotidiano e a Escala London Chest Activity of Daily Living (Anexo XV), para a avaliação da limitação presente na realização das atividades de vida diária devido à presença da dispneia.

Como ponto de partida para a implementação e manutenção de um plano de cuidados, foi fundamental a avaliação dos parâmetros vitais (temperatura, tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturações periféricas de oxigénio e dor), que foram avaliados sempre antes, durante e após as intervenções de enfermagem de reabilitação. Estes permitem uma avaliação fisiológica da pessoa, e assim detetar possíveis problemas na função corporal, bem como os seus resultados podem indicar contra-indicação relativa ou absoluta à intervenção de reabilitação (Ferreira & Santos, 2017).

Na avaliação da pessoa com alterações da função respiratória, foi realizada uma avaliação subjetiva, relativamente à presença de tosse, expetoração, dispneia ou toracalgia e uma avaliação objetiva, nomeadamente em relação à hidratação e coloração de pele e mucosas, presença de cianose, hipocratismo digital ou edemas, simetria torácica, ritmo, padrão e amplitude respiratória, sinais de tiragem expansibilidade torácica, palpação da traqueia e percussão pulmonar. Foram também adquiridos conhecimentos e experiência na auscultação pulmonar, na observação e interpretação da radiografia do tórax, bem como na gasometria arterial, que se demonstraram como ferramentas fundamentais para a minha avaliação inicial, planeamento de intervenções de EEER e posterior avaliação da eficácia das mesmas.

A auscultação pulmonar exige treino no que respeita à deteção dos diferentes ruídos adventícios, bem como a sua interpretação. A insegurança inicialmente sentida na auscultação pulmonar foi ultrapassada pela oportunidade que tive em realizar inúmeras auscultações pulmonares, possibilitando uma maior sensibilidade auditiva e maior domínio da técnica. Aqui, foi também fundamental o contributo do EEER orientador, no esclarecimento de dúvidas e validação de conhecimentos. A auscultação pulmonar era realizada no início e no final das sessões de reeducação funcional respiratória, tendo como intenção a realização de uma avaliação inicial, assim como a avaliação dos resultados alcançados com as intervenções implementadas.

Na pessoa com alterações da função respiratória, e mais especificamente na pessoa com doença respiratória crónica, a diminuição da força dos músculos respiratórios, causa dispneia que se agrava com a atividade e que conduz à adoção de um estilo de vida sedentário. Este último, por sua vez, traduz-se numa disfunção da musculatura periférica e consequentemente numa diminuição da tolerância à atividade, comprometendo a realização das atividades de autocuidado e levando a uma qualidade de vida prejudicada (Silva et al, 2015; Sagrillo, Meereis & Gonçalves, 2016; Silva et al, 2017). Neste âmbito, e com base na Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem (Orem, 2001), o requisito de autocuidado universal mais afetado foi o da “manutenção de inspiração de ar suficiente”, que por sua vez gera condicionantes na “manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso”, na “manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social” e na “promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal”.

Neste sentido, os planos de cuidados foram desenvolvidos tendo em conta os requisitos de autocuidado universais afetados, sendo que a atuação do enfermeiro foi pelo sistema parcialmente compensatório e pelo sistema de apoio e ensino. Em concordância, o estudo realizado por Silva et al (2017) intitulado de “Atividades de vida diária e presença de dispneia em indivíduos com DPOC”, evidencia os requisitos de autocuidado universais referidos anteriormente, como os mais alterados.

Os planos de cuidados realizados visaram reduzir a tensão psíquica e muscular, prevenir e corrigir defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar, permitir o fortalecimento muscular, reeducar no esforço e capacitar a pessoa para a gestão da doença (Cordeiro & Menoita, 2012). Estes incluíram o treino de posições de descanso e técnicas de relaxamento, o treino da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase expiração e expiração com os lábios semicerrados, realização de exercícios de reeducação diafragmática e reeducação costal seletiva e global com e sem bastão, com introdução gradual de resistências (manual ou pesos). O treino de técnicas de conservação de energia, como realizar os cuidados de higiene sentado (tomar banho, escovar os dentes, barbear ou pentear-se), calçar as meias e os sapatos sentado e colocando o pé em cima da perna oposta, utilizar roupas largas (fáceis de vestir) e calçado sem atacadores, colocar os utensílios de maior utilização em locais de fácil acesso, fazer pausas para descanso durante as atividades. O treino de subir/descer escadas. O treino de exercício, com aquecimento, fortalecimento muscular dos membros superiores e dos membros inferiores, passadeira e ergómetro e alongamentos. Verificação e treino sobre a correta administração de terapêutica inalatória. Incentivo a que participe no programa de reabilitação, dando reforço positivo na realização dos exercícios. Definição de estratégias, juntamente com os cuidadores/família, para que consiga uma retomar os seus hábitos de interação social. Neste último ponto, relembro o estudo de caso da ECCI (Apêndice X) em que o utente em questão, em consequência dos requisitos de autocuidado universais afetados, ficou a residir com a irmã e o cunhado, distanciado das suas referências, amigos e locais que habitualmente frequentava, junto da sua residência. Após a implementação do plano de cuidados desenvolvido, este conseguiu, na companhia do seu cunhado, ir visitar a sua casa e ir ao café que costumava frequentar, onde pode reencontrar e conversar com os seus amigos de longa data.

Tive também oportunidade de desenvolver a minha intervenção em utentes com bronquiectasias e atelectasias, onde ocorre um comprometimento da ventilação pulmonar e da permeabilidade das vias aéreas. Aqui, as técnicas de limpeza das vias aéreas, potenciam a desobstrução das mesmas, ajudando a eliminar secreções e a melhorar a função pulmonar (Gomes & Ferreira, 2017). Os planos de cuidados de reabilitação incluíam o treino de posições de descanso e técnicas de relaxamento, o treino da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, realização de exercícios de reeducação diafragmática e reeducação costal seletiva e global com bastão, a técnica de drenagem postural modificada associada a manobras acessórias (compressões, percussões e vibrações), o treino de tosse assistida e tosse dirigida, o ciclo ativo das técnicas respiratórias e a utilização de aerossóis com soro fisiológico e hidratação oral, para a humedificação e fluidificação das secreções.

No caso específico de uma utente de 65 anos, com o diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica, com comprometimento da musculatura respiratória, encontrando-se traqueostomizada e conectada a ventilação não invasiva, e consequentemente com compromisso na mobilização de secreções, pude recorrer à tosse mecanicamente assistida, com o auxílio do insuflador/exsuflador (*CoughAssist®*), que “aplica ciclos alternados de pressão positiva e de pressão negativa facilitando o desencadear da tosse e a eliminação de secreções” (Gomes & Ferreira, 2017, p.259).

Pude ainda acompanhar uma utente com diagnóstico de derrame pleural à esquerda, que estava em regime de ambulatório na URR, em que o plano de cuidados implementado tinha como principais objetivos a expansão pulmonar, impedir a formação de aderências e recuperar a mobilidade costal e diafragmática, corrigir defeitos posturais e reeducar no esforço (Cordeiro & Menoita, 2012). Realizou-se o treino de posições de descanso e técnicas de relaxamento, o treino da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, realização de exercícios de reeducação diafragmática posterior e hemicúpula esquerda e reeducação costal global com bastão e seletiva com abdução do membro superior esquerdo e ântero-lateral esquerda com resistência (introdução progressiva de pesos). Foi realizada terapêutica de posição (privilegiar o posicionamento para o lado são) e recorreu-se ao espirómetro de incentivo. No ginásio, foi ainda feito treino de roldanas com peso (que foi aumentado progressivamente) e correção postural em espelho quadriculado.

A avaliação da pessoa com alterações da função cognitiva, sensorial e motora, seguiu uma linha orientadora que consistia na avaliação do estado de orientação

mental, da atenção, da memória, da linguagem, dos pares cranianos, da força muscular, do tônus muscular, da coordenação motora, da sensibilidade, do equilíbrio e marcha. Decorrente desta avaliação, os requisitos de autocuidado universais mais afetados, foram a “promoção dos cuidados associados aos processos de eliminação”, a “manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso”, a “manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social” e a “prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano”. Aqui, os planos de cuidados implementados, envolviam a atuação do enfermeiro pelo sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e pelo sistema de apoio e ensino.

Neste contexto, pude acompanhar uma utente com 78 anos, com sequelas e limitações decorrentes de AVC, que já apresentava um grau de dependência total (pontuação 0 no Índice de Barthel), em que o plano de cuidados estabelecido teve como principais objetivos, estimular a sensibilidade, manter a integridade das estruturas articulares, manter e melhorar a amplitude dos movimentos, prevenir alterações músculo-esqueléticas, melhorar a circulação de retorno, manter a integridade cutânea e diminuir o desenvolvimento e instalação do padrão espástico (Menoita, 2012). Para isso, foi promovida a alternância de decúbitos (decúbito dorsal, decúbito lateral para o lado afetado e decúbito lateral para o lado menos afetado) em padrão anti-espástico e foram realizadas mobilizações passivas, de forma coordenada e repetida, tendo em conta a tolerância e reação da pessoa. As mobilizações foram efetuadas do segmento distal para o proximal e realizadas tanto no hemicorpo afetado, como no hemicorpo menos afetado.

Neste caso específico, a cama do utente encontrava-se encostada à parede, o que não tornava possível circular à volta da mesma para realizar as mobilizações e os posicionamentos pretendidos. Foi sugerido ao cuidador uma mudança de mobiliário e o afastamento da cama da parede, explicando os benefícios desta alteração. A avaliação e otimização do local e mobiliário é fundamental para que este se torne num ambiente terapêutico, cabendo ao enfermeiro promover a adaptação do meio à pessoa e família (Menoita, 2012).

Tive, ainda, a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, a um utente com o diagnóstico de Parkinson. A doença de Parkinson é uma doença crónica, neurodegenerativa progressiva em que os principais sintomas são o tremor em repouso, a rigidez, instabilidade postural e lentidão e diminuição dos movimentos, para além de alterações nas funções cognitivas (Silva, 2017). Foi iniciado um plano de

cuidados que incluíram mobilizações ativas e ativas resistidas, bem como atividades terapêuticas (como o rolar, a ponte e a rotação controlada da anca), de forma a permitir o fortalecimento muscular e a preparação para o levante (Menoita, 2012). Por outro lado, o exercício de ponte demonstrou-se fundamental e permitiram o utente poder participar no seu autocuidado na mudança de fralda e vestir/despir a parte inferior do corpo. Realizou-se o treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado na beira da cama, bem como o treino de equilíbrio estático na posição de pé, não tendo, no entanto, conseguir progredir para o treino de marcha, devido à acentuada diminuição do movimento e dificuldade em iniciar a marcha. Foi também efetuada a transferência da cama para a cadeira de rodas e da cadeira de rodas para a cama. Neste âmbito, foram realizados ensinamentos à esposa sobre a transferência para a cadeira de rodas e sobre os cuidados a ter com esta, devendo aproximar a cadeira de rodas o máximo possível da cama, travar a cadeira de rodas, ter as rodas dianteiras viradas para a frente, não ter o apoio de braço do lado em que irá ser feita a transferência e o patim de apoio dos membros inferiores deverá estar rebatido (Menoita, 2012).

Relativamente à reeducação cognitiva, esta deve ser persistente e adequada, procurando maximizar as capacidades cognitivas, tendo em vista o bem-estar psicológico, a manutenção e o aumento da funcionalidade e a integração sociofamiliar (Varanda & Rodrigues, 2017). O utente assistia televisão (principalmente telejornal, por forma a ter acesso a informações atuais), eram realizados exercícios de identificação de familiares próximos em fotografias, identificação das cores da roupa que vestia e era ligado o rádio, de forma a ouvir canções de fado que tanto lhe lembravam a sua juventude.

Cabe ao EEER proporcionar a aquisição da máxima funcionalidade, autonomia, qualidade de vida e bem-estar, adequando as suas intervenções por forma a atenuar o problema detetado. O treino de atividades de vida diária, com recurso a estratégias adaptativas e de produtos de apoio, são uma área de intervenção fundamental e que permitem à pessoa uma atividade mais independente, com maior comodidade e menor esforço (Menoita, 2012; Vigia, Ferreira & Sousa, 2017). Remeto-me para uma utente que tinha sido submetida a uma artroplastia total da anca esquerda, e com a qual realizava treino de marcha com canadianas. A utente apresentava algumas restrições na amplitude do movimento, no que respeitava a não flexão da articulação da anca superior a 90º e após perceber quais eram as suas maiores dificuldades na

realização das suas atividades e tarefas do dia-a-dia (colocar e remover calçado, bem como cuidados de higiene no duche), recomendei-lhe a compra de uma calçadeira de cabo longo e uma esponja de cabo longo, por forma a conseguir minimizar as dificuldades sentidas.

Alterações na função neurológica, nutrição alterada e mobilidade decrescente contribuem para problemas intestinais e vesicais na pessoa com doença neurológica degenerativa (Silva, 2017). O utente com diagnóstico de Doença de Parkinson referido anteriormente apresentava incontinência urinária, por ausência de controlo voluntário da micção, pelo que utilizava fralda. Foram feitos ensinamentos à esposa relativamente à higiene pessoal do marido e à prevenção de lesões por humidade, tendo sido sugerido a colocação de um dispositivo urinário externo masculino, pelo menos no período noturno. A utente com o diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica que pude acompanhar apresentava queixas de obstipação devido à diminuição da mobilidade, e consequentemente dos movimentos peristálticos. A utente era alimentada por gastrostomia endoscópica percutânea, tendo sido recomendada uma alimentação rica em fibras e o aumento da administração hídrica. Foi, também, realizados ensinamentos às cuidadoras no sentido de realizarem massagem na região abdominal na direção do fluxo intestinal e de levar a utente à casa de banho após as refeições, com o intuito de aproveitar o reflexo gastro e orto-cólico.

Os planos de cuidados implementados, foram sistematicamente monitorizados e avaliados, ajustando as intervenções planeadas e apropriando a minha atuação pelos sistemas de enfermagem adequados às necessidades atuais dos utentes, preferências e expectativas.

Neste sentido, as atividades descritas e realizadas permitiram-me o desenvolvimento das competências específicas do EEER nos domínios, J1. “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” e J2. “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (Regulamento nº 392/2019).

Objetivo Específico 8. Organizar programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos objetivos da pessoa com doença respiratória crónica e com vista à melhoria da tolerância à atividade.

Com o intuito de alcançar este objetivo propus-me à elaboração e implementação de programas de treino de exercício, tendo em conta as expectativas de recuperação da pessoa e resultados esperados e à avaliação dos resultados obtidos e revisão do programa de treino, sempre que necessário. Neste sentido, realizei um estudo de caso (Apêndice XI), sobre um utente com diagnóstico de DPOC, que tinha recorrido à consulta de pneumologia por apresentar queixas de cansaço fácil e dispneia para pequenos esforços, mas sem apresentar tosse ou expectoração, referindo cansar-se muito a subir escadas e em plano inclinado, mas também em plano direito, embora menos. No seguimento desta consulta, foi referenciado para consulta na Unidade de Reabilitação Respiratória, tendo ficado com indicação para realizar um programa de reeducação funcional respiratória, 3 vezes por semana, durante 8 semanas.

O aparecimento de sintomas como a dispneia em pessoas com doença respiratória crónica, leva a que estas diminuam a sua atividade e adotem um estilo de vida sedentário, conduzindo ao descondicionamento físico e consequentemente a um aumento da fadiga muscular e a dispneia a esforços cada vez menores, com repercussões a nível psicológico, social e profissional. Por sua vez, a integração destas pessoas em programas de reabilitação permite reduzir as limitações e as alterações resultantes do processo fisiopatológico da doença (Cordeiro & Menoita, 2012).

Após a colheita de dados, foi realizada a avaliação inicial e aplicados os seguintes instrumentos de avaliação, Modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire (Anexo XIII), para a avaliação da dispneia da pessoa com DPOC, a ApCOPD Assessment Test – CAT (Anexo XIV), para a avaliação do impacto que a DPOC tem no bem-estar e no quotidiano e a Escala London Chest Activity of Daily Living (Anexo XV), para a avaliação da limitação presente na realização das atividades de vida diária devido à presença da dispneia, a Escala de Braden (Anexo VIII), para a avaliação do risco de úlcera de pressão, o Índice de Barthel (Anexo IX) para a avaliação funcional. Decorrente desta avaliação foram identificados como requisitos de autocuidado universais afetados, a “manutenção de inspiração de ar suficiente”, tendo atuado segundo o sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio e ensino, “a manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso”, atuando pelo sistema de apoio e ensino e a “promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as

limitações conhecidas e o desejo de ser normal”, sendo a atuação pelo sistema de apoio e ensino.

O plano de cuidados de enfermagem de reabilitação implementado tinha como principais objetivos, reduzir o trabalho respiratório e o consumo de oxigênio, corrigir defeitos ventilatórios, fortalecer os músculos respiratórios, promover o fortalecimento muscular, manter a integridade das estruturas articulares e otimizar a tolerância ao esforço.

Para isso estabeleceu-se o seguinte programa, instruir e treinar posições de descanso e técnicas de relaxamento, instruir e treinar a consciencialização, dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase expiração e expiração com os lábios semicerrados, realizar exercícios de reeducação diafragmática da porção posterior, hemicúpula esquerda e hemicúpula direita (inicialmente sem resistência e posteriormente com resistência), realizar exercícios de reeducação costal global com bastão, seletiva esquerda com abdução do membro superior e seletiva direita com abdução do membro superior. Reeducação costal antero-lateral e postero-lateral esquerda e direita (inicialmente sem resistência e posteriormente com resistência). Iniciou o programa a realizar os exercícios de reeducação diafragmática e reeducação costal sem resistências (10 repetições para cada exercício) e terminou a realizar os exercícios de reeducação diafragmática e reeducação costal com resistências de 1 kg (20 repetições para cada exercício).

Foi feita a verificação da administração da terapêutica inalatória e constatou-se que o utente não lava a boca após realizar inalador corticoide, no caso de inalador pressurizado dosimetrado (MDI), não o prepara corretamente – não aquece, nem agita, não realiza uma expiração lenta antes de ativar o inalador, não realiza pausa inspiratória de pelo menos 10 segundos após a administração do inalador e não realiza pausa de 30 a 60 segundos entre cada inalação. Após esta avaliação o utente foi instruído e foi feito o treino da administração da mesma, com posterior avaliação em que o utente já realizava a sua correta administração.

Relativamente ao treino de exercício propriamente dito, este contemplava, o aquecimento, fortalecimento muscular dos membros superiores e dos membros inferiores, passadeira, ergómetro e alongamentos. O utente iniciou o programa com aquecimento (2 minutos), fortalecimento muscular dos membros superiores (10 repetições de 6 exercícios com carga de 1kg), fortalecimento muscular dos membros

inferiores (10 repetições de 5 exercícios com carga de 1kg), passadeira (15 minutos, com nível 0 de inclinação, a 2,5 Km/h), ciclo ergómetro (10 minutos) e alongamentos (2 minutos), tendo terminado o programa a realizar aquecimento (2 minutos), fortalecimento muscular dos membros superiores (15 repetições de 6 exercícios com carga de 1,5kg), fortalecimento muscular dos membros inferiores (15 repetições de 5 exercícios com carga de 1,5kg), passadeira (35 minutos, com nível 8 de inclinação, a 3,5 Km/h), ciclo ergómetro (20 minutos) e alongamentos (2 minutos). O utente foi instruído e realizou o treino de subir/descer escadas e para fazer pausas para descanso durante as atividades.

Um programa de reabilitação pulmonar em pessoas com DPOC, com a duração de 8 semanas, que compreenda o treino de exercício, como o treino de força e resistência, onde tanto os membros superiores como os membros inferiores são incluídos, permite alcançar benefícios como a melhoria da dispneia, da capacidade de exercício e da qualidade de vida (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2019).

Assim, e tendo em conta os objetivos definidos em plano de cuidados, foi possível alcançar os seguintes benefícios:

- Melhorar a dispneia ao esforço, tendo passado de dispneia de grau 3 para dispneia de grau 2, na Escala Modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire (Anexo VIII);
- Melhorar a tolerância à atividade com diminuição na limitação na realização das atividades de vida, na escala London Chest Activity of Daily Living (Anexo XV), em que no “cuidado pessoal”, relativamente ao enxaguar-se passou de uma pontuação de 2 para 1, no “cuidado doméstico”, em relação a fazer a cama e mudar lençol da cama passou de uma pontuação de 3 para 2 e no que respeita a lavar janelas/cortinas e limpeza/limpar pó passou de uma pontuação de 4 para 3 e na “atividade física”, relativamente a subir escadas passou de uma pontuação de 4 para 3 e em relação a inclinar-se de uma pontuação de 2 para 1.
- Diminuir o impacto que a DPOC tem no seu bem-estar e no quotidiano, tendo passado de uma pontuação de 12 para 10, na escala COPD Assessment Test – CAT (Anexo XIV);
- Realizar a correta administração da terapêutica inalatória de domicílio.

Em concordância, Pardell, López, del Rio e Ramírez (2018), realizaram um estudo cujo objetivo era avaliar a eficácia de um programa de reabilitação respiratória em pessoas com o diagnóstico de DPOC grave e muito grave, sendo que a avaliação dos resultados foi realizada no final do programa de reabilitação respiratória e um ano após o término deste. O programa consistiu em programas de educação para a saúde e sobre o autocuidado, de forma a permitir que a pessoa possa fazer uma melhor gestão do seu estado de saúde, das mudanças inerentes e do tratamento a realizar. Este programa englobou, também, sessões de 45 minutos, 4 vezes por semana, durante 8 semanas, que consistiam na realização de exercícios de reeducação respiratória e o treino de exercícios de força e resistência tanto para os membros superiores como inferiores. A aplicação deste programa permitiu revelar melhorias na dispneia, capacidade para o exercício e qualidade de vida das pessoas com diagnóstico de DPOC grave e muito grave. Demonstra-se, assim, que estes programas revelam ser uma estratégia terapêutica eficaz na abordagem e tratamento da pessoa com doença respiratória crónica, onde são consideráveis os benefícios alcançáveis.

Como tal, as atividades realizadas proporcionaram o desenvolvimento das competências específicas do EEER nos domínios, J3. “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento nº 392/2019).

3. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS

A avaliação, como etapa final deste processo de aprendizagem revela-se imprescindível, no sentido de analisar o percurso desenvolvido desde o seu planeamento prévio, com a elaboração de objetivos e atividades a desenvolver, com vista a execução dos mesmos, até ao ensino clínico propriamente dito, onde se projetava o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019), competências específicas do EEER (Regulamento nº 392/2019) e das competências ao nível de mestrado conforme estabelecido nos Descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Estudos (Direção Geral do Ensino Superior, 2011).

O desenvolvimento de competências requer desenvolvimento de conhecimento, sendo que para isso é fundamental acolher processos de investigação e prática baseada na evidência de cariz estruturante para a profissão. A evidente importância da investigação no desenvolvimento de competências que permitam a obtenção do título profissional de EEER é análoga para a consecução do grau académico de mestre (OE, 2015c). Como tal, a inovação, originalidade e aprofundamento de competências profissionais, com recurso à investigação é requerido para a obtenção do grau de mestre (Direção Geral do Ensino Superior, 2011).

Assim sendo, este percurso teve início com a realização do projeto de estágio intitulado de “Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Doença Respiratória Crónica – melhoria da tolerância à atividade” e progrediu com a sua implementação e concretização em ensino clínico, conduzindo ao desenvolvimento das competências acima referidas, com sucesso. A correlação entre aprofundamento teórico, a investigação e a prática são fundamentais para o desenvolvimento do processo em que serão reconhecidas as competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados (Pierce, Predeger & Mumma, 2011; Regulamento nº 140/2019).

Verificando o percurso de aprendizagem em ambos os locais de estágio, considero que foram inúmeras as oportunidades de desenvolvimento de competências, tendo isso sido demonstrado ao longo deste relatório. O EEER possui um elevado nível de conhecimentos e de competências específicas que lhe concedem

autonomia na tomada de decisões referentes à promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação, com o objetivo de melhorar a funcionalidade, promover a independência, melhorar a capacidade para o autocuidado, proporcionar qualidade de vida e a máxima satisfação da pessoa (Regulamento nº 392/2019).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação foram prestados “de acordo com as necessidades, características, capacidades e tolerância de cada pessoa na sua individualidade e singularidade” (Pestana, 2017a, p.50), e com base na Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem (Orem, 2001), tendo procurado identificar os requisitos de autocuidado universais afetados e atuar de acordo com o sistema de enfermagem mais adequado a cada situação de cuidados específica.

O estágio em ECCL, iniciou-se com alguns sentimentos de inquietação e desconforto, pelo facto de me encontrar novamente na posição de estudante e num contexto desconhecido, relativamente àquele em que exerço. No entanto, a pesquisa realizada no sentido de compreender a dinâmica organizacional e funcional da UCC, e mais especificamente da ECCL e a relação estabelecida com a enfermeira orientadora e com a equipa multidisciplinar, foram cruciais para minha integração na mesma e para que todos os sentimentos iniciais se fossem dissipando e ultrapassados. O estágio neste contexto revelou-se muito rico e abrangente pela multiplicidade de situações de cuidados existentes, que potenciaram o desenvolvimento de conhecimentos científicos, habilidades técnicas, capacidade na gestão dos cuidados, na identificação dos recursos disponíveis e no estabelecimento de estratégias para a resolução de problemas. Os EEER reúnem um conjunto de competências que vão além da intervenção ao nível funcional, estas permitem-lhes promover a recuperação, a readaptação, o autocontrolo, o autocuidado e capacitam a pessoa e o cuidador para a reinserção social (Pestana, 2017a).

Na ECCL, para o sucesso da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação foi fundamental o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança, com o envolvimento do utente e da sua família e o estabelecimento de um contrato de parceria, onde as tarefas, decisões e responsabilidades são partilhadas. Na prestação de cuidados é importante não só o uso de competências técnicas, mas também de habilidades interpessoais. O estabelecimento de relações é extremamente importante para humanizar e melhorar a qualidade dos cuidados que se prestam (Ramos, 2001). É através da criação e fortalecimento destas relações que o EEER

permite a manutenção da motivação e participação nos seus cuidados, pois este é a principal referência do utente e da sua família, no domicílio, e gere os cuidados de acordo com as necessidades identificadas, delineando objetivos concretizáveis, através de estratégias e intervenções adequadas a cada situação. Neste contexto, foi desafiante e particularmente motivador, transpor e ultrapassar as dificuldades sentidas devido a condições habitacionais menos apropriadas e que dificultavam a existência de um ambiente terapêutico potenciador na prestação dos cuidados de EEER, como por exemplo a inexistência de materiais de apoio e mobiliário em locais que dificultavam a passagem ou os próprios cuidados.

Neste estágio, apesar de não ter tido oportunidade de implementar programas de reabilitação na pessoa com limitações e sequelas de AVC numa fase aguda, o que poderia ter enriquecido o meu percurso no desenvolvimento de competências, no sentido em poderia intervir na promoção da recuperação funcional numa fase inicial e mais precoce, e onde os ganhos nesta recuperação são mais evidentes, tive a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação a uma utente com diagnóstico de AVC há mais de cinco anos, onde pude constatar a importância da intervenção do EEER na estimulação da sensibilidade, na manutenção da integridade das estruturas articulares, em manter e melhorar a amplitude dos movimentos, na prevenção de alterações músculo-esqueléticas, em melhorar a circulação de retorno, manter a integridade cutânea e na diminuição do desenvolvimento e instalação do padrão espástico.

Na pessoa com doença respiratória crónica, a diminuição da força da musculatura respiratória, provoca dispneia que se agrava com a atividade e que conduz à adoção de um estilo de vida sedentário. Este último, por sua vez, traduz-se numa disfunção da musculatura periférica e consequentemente numa diminuição da tolerância à atividade, comprometendo a realização das atividades de autocuidado e levando a uma qualidade de vida prejudicada (Silva et al, 2015; Sagrillo, Meereis & Gonçalves, 2016; Silva et al, 2017). A doença respiratória crónica traduz-se em limitações e incapacidades com repercussões significativas e visíveis no quotidiano da pessoa, onde a execução das atividades de autocuidado fica comprometida, sendo fundamental desenvolver estratégias de intervenção em conjunto com o utente e família, de forma a se conseguir alcançar uma gestão eficaz da doença.

Neste sentido, a minha intervenção enquanto EEER foi crucial para a promoção e capacitação da pessoa para o autocuidado, onde os planos de cuidados foram desenvolvidos tendo em conta os requisitos de autocuidado afetados e os programas de reabilitação implementados incluíram o treino de posições de descanso e técnicas de relaxamento, o treino da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase expiração e expiração com os lábios semicerrados, realização de exercícios de reeducação diafragmática e reeducação costal seletiva e global com e sem bastão, com introdução gradual de resistências (manual ou pesos), o treino de técnicas de conservação de energia, o treino de subir/descer escadas, o treino de exercício, a verificação e treino sobre a correta administração de terapêutica inalatória, o incentivo a que participe no programa de reabilitação, dando reforço positivo na realização dos exercícios e a definição de estratégias, juntamente com os cuidadores/família, para que consiga uma retomar os seus hábitos de interação social. As intervenções realizadas demonstraram ganhos em saúde, pois contribuíram para a melhoria da função respiratória, permitiram o fortalecimento muscular, otimizar a tolerância ao esforço e a capacitação da pessoa para a gestão eficaz da doença.

No que respeita o estágio na URR, considero que este superou as minhas expectativas e foi determinante na efetiva aplicabilidade e implementação do projeto de estágio desenvolvido. Este contexto permitiu-me prestar cuidados à pessoa com doença respiratória crónica tanto em regime de internamento como ambatório, sendo que o espaço físico da URR, possui uma área onde são prestados cuidados de cinesiterapia respiratória e drenagem postural, e o ginásio, onde é realizado o treino de exercício, que me permitiram desenvolver conhecimentos e competências, complementando o percurso formativo até então percorrido e enfatizando o contributo do EEER e das suas intervenções, com resultados visíveis na maximização do potencial funcional, na capacidade para o autocuidado, na promoção da independência e na melhoria da qualidade de vida, da pessoa com doença respiratória crónica, e remetendo-me especificamente para o âmbito da temática do projeto de estágio desenvolvido e implementado, foi possível através dos programas de reabilitação implementados evidenciar o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação para a melhoria da tolerância à atividade na pessoa com doença respiratória crónica.

Na URR teria sido interessante e uma mais valia, se existisse um espaço físico, que simulasse um espaço de uma habitação, com cozinha, casa de banho e quarto,

onde se pudesse realizar o treino de atividades de vida, com recurso ao treino de técnicas de conservação de energia. Outra sugestão que deixo para a URR, diz respeito aos registos dos cuidados de enfermagem de reabilitação, que são realizados numa folha própria do serviço e apenas existente neste, e que apesar de se ter revelado um instrumento de registo muito útil, pois permitia uma fácil estruturação e planeamento dos cuidados, não era um instrumento de acesso informatizado, o que não permitia os EEER dos internamentos terem acesso aos cuidados prestados pelos EEER da URR, e assim garantir uma melhor continuidade dos cuidados. Penso, que neste sentido, seria uma mais valia e com grande contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de todos os EEER deste hospital do centro hospitalar Lisboa, se estes registos fossem informatizados e de fácil acesso a todos.

Relativamente a ambos os contextos de estágio, verifiquei que as equipas eram constituídas por diversos elementos, que, no entanto, trabalhavam individualmente para alcançar objetivos específicos da sua disciplina relativamente aos cuidados que prestavam, existindo assim um trabalho multidisciplinar. Seria importante e benéfico a existência de um trabalho interdisciplinar entre todos os elementos da equipa, como por exemplo através da realização de reuniões formais programadas, com o intuito de estabelecer objetivos, desenvolver estratégias e planos de cuidados, em que a finalidade fosse a de atingir resultados globais superiores àqueles passíveis de serem alcançados por cada elemento da equipa individualmente, possibilitando a realização de planos de cuidados mais personalizados e adequados às necessidades de cada pessoa e uma contínua melhoria da qualidade dos cuidados.

Sei que será longo o caminho a percorrer na conquista do meu espaço enquanto EEER, no entanto com o desenvolvimento destas novas competências pretendo que a minha intervenção seja sempre o reflexo de uma prática baseada na evidência, por forma a conquistar um grande nível de autonomia profissional e tomada de decisão na elaboração e implementação de programas de reabilitação individualizados e adaptados a cada pessoa, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados, com ganhos em saúde refletidos pela evolução positiva da condição de saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso formativo realizado foi de grande exigência pessoal, familiar e profissional, mas simultaneamente muito gratificante e ultrapassando todas as minhas expectativas. O estágio realizado demonstrou a sua relevância, proporcionando o desenvolvimento de novos conhecimentos e competências, integrando os conhecimentos já adquiridos em contexto académico e através de toda a pesquisa e estudo realizado. Aqui, os momentos de reflexão e análise das situações vivenciadas, revelaram-se uma estratégia essencial para toda a aprendizagem, possibilitando uma avaliação crítica das decisões e intervenções realizadas.

A elaboração do projeto de estágio que perspetivou os “Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com doença respiratória crónica – melhoria da tolerância à atividade”, foi fundamental para a realização deste relatório, que, por sua vez, convergiu da aplicação do referido projeto nos locais de estágio e da experiência decorrente dessa implementação. A elaboração do presente relatório de estágio permitiu-me demonstrar a operacionalização com sucesso do projeto de estágio previamente elaborado e o alcance dos objetivos delineados, bem como o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019), competências específicas do EEER (Regulamento nº 392/2019) e das competências ao nível de mestrado conforme estabelecido nos Descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Estudos (Direção Geral do Ensino Superior, 2011).

A implementação deste projeto tornou-me possível adquirir uma visão mais profunda e diferenciada das incapacidades e limitações que a doença respiratória crónica comporta, e da importância na formação especializada dos enfermeiros em enfermagem de reabilitação, no sentido de prestarem cuidados de enfermagem cada vez mais qualificados, contribuindo para minimizar as repercussões da doença, através da maximização do potencial funcional, da melhoria da capacidade para o autocuidado, da promoção da independência, do aumento da qualidade de vida e da gestão eficaz da doença.

O caminho percorrido disponibilizou as ferramentas necessárias para a construção da minha identidade enquanto EEER, aqui a formação contínua é fundamental, no sentido de uma prática de cuidados atualizados e baseados na

evidência, e na qual pretendo continuar a investir. A perspectiva ideal para dar continuidade a todo este caminho seria exercer funções como enfermeira especialista de reabilitação no meu serviço, no entanto ainda não se encontra previsto a abertura de concurso, nem o número de vagas disponíveis e a que serviços irão corresponder. Enquanto esta oportunidade não surge, darei continuidade a este trabalho, pelo que tenho vindo a desenvolver esforços para demonstrar na prestação de cuidados os conhecimentos e as competências desenvolvidas, intervindo perante pessoas com alterações da função respiratória e sensoriomotoras. Para além desta demonstração na prestação de cuidados, pretendo contribuir e partilhar os conhecimentos e competências adquiridas através de ações de formação desenvolvidas no próprio serviço, dirigidas aos enfermeiros. Neste momento, está a ser feito um reconhecimento das necessidades do serviço/enfermeiros, por forma a se identificarem as temáticas emergentes e mais pertinentes, sobre as quais irão ser realizadas as ações de formação anteriormente referidas.

A conclusão deste relatório representa um momento de grande satisfação, com a certeza da existência de um grande crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, bem como a sensação plena de dever cumprido. Compreendo que possuo competências e instrumentos que me possibilitam uma intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação, os quais pretendo colocar em prática, aperfeiçoar e a atualizar com base em evidência científica e prestar cuidados de forma responsável e refletida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcazar, J., Rodriguez-Lopez, C., Alfaro-Acha, A., Alegre, L. M., & Ara, I. (2018). Exercise prescription in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *European Journal of Human Movement*, 41, 73-102.
- Ambrozini, A. R. P., Paschoal, A. M. J., Raquel, D. F. S., Borges, J. B. C., & Quitério, R. B. (2013). Associação do treinamento resistido e aeróbico em pacientes com doença pulmonar crônica. *Terapia Manual*, 11(53), 327-332.
- Barata, L. F. (2017). Aquisição e desenvolvimento de competências ao longo da vida profissional – A importância da formação contínua. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.123-135). Loures: Lusodidacta.
- Barbara, J. L., & Sally, M. D. (2011). Modelos teóricos e práticos para a enfermagem de reabilitação. In S. P. Hoeman (Coord.), *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed.). (pp. 15-30). Loures: Lusodidacta.
- Batista, M. F. A. (2014). O papel do cuidador e adaptação do domicílio. In M. Gago (Coord.), *Manual para pessoas com Parkinson* (pp.35-37). Lisboa: APDPK
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bousquet, J., Dahl, R., & Khaltaev, N. (2007). Global alliance against chronic respiratory diseases. *European Respiratory Journal*, 29, 233-239.
- DOI: 10.1111/j.1398-9995.2007.01307.x
- Branco, P. S., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A., & Mata, J. (2012). *Temas de reabilitação – Reabilitação respiratória*. Porto: Medesign.
- Branco, P. S. (2017). Equipa de reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.25-34). Loures: Lusodidacta.

- Burtin, C., & Zuwallack, R. (2018). Exercise training in pulmonary rehabilitation. In E. Clini, A. E. Holland, F. Pitta, & T. Troosters (Editores), *Textbook of pulmonary rehabilitation* (133-144). Cham: Springer International Publishing.
- Cordeiro, M. C. O., & Menoita, E. C. P. C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória – Conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.
- Costa, C. C., Leita, B. S., Canterle, D. B., Souza, R. M., Machado, M. L., & Teixeira, P. J. Z. (2014). Análise da força, qualidade de vida e tolerância ao exercício na doença pulmonar crónica. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 22(2), 27-35.
- Deodato, S. (2017). Ética nos cuidados de enfermagem de reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.35-39). Loures: Lusodidacta.
- Direção Geral de Saúde (2009). *Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral do Ensino Superior (2011). *O quadro de qualificações do ensino superior em Portugal. Relatório da comissão internacional sobre a verificação da compatibilidade com o quadro de qualificações do espaço europeu do ensino superior*. Acedido a 27/03/19. Disponível em: https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-eees_0.pdf
- Direção Geral de Saúde (2013). *Programa nacional para as doenças respiratórias 2012 – 2016* (2ª edição). Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2014). *Síndrome de apneia obstrutiva do sono: Epidemiologia, diagnóstico e tratamento. Um estudo da rede médicos-sentinela*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2017). *Programa nacional para as doenças respiratórias*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- European Respiratory Society (2013). *Respiratory diseases in the world. Realities of today – Opportunities for tomorrow*. Sheffield. European Respiratory Society.

- Ferreira, D., & Santos, A. (2017). Avaliação da pessoa com patologia respiratória. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.167-180). Loures: Lusodidacta.
- Fonseca, C., Correia, J., Redol, F., & Fernandes, C. (2018) Os Indicadores sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação, ao nível do autocuidado, nas pessoas com alterações do foro respiratório, revisão sistemática da literatura. *Journal of Aging & Innovation*, 7(1), 48-57.
- Fórum das Sociedades Respiratórias Internacionais (2017). *O Impacto global da doença respiratória*. Acedido a 14/04/19. Disponível em: https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_POR.pdf
- Global Initiative for Asthma (2018). *Global strategy for asthma management and prevention (2018 update)*. Acedido a 17/04/19. Disponível em: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/01/2018-GINA.pdf>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2019). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2019 Report*. Acedido a 14/04/19. Disponível em: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-v1.7-FINAL-14Nov2018-WMS.pdf>
- Gomes, B. N., & Ferreira, D. (2017). Reeducação da função respiratória. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.167-180). Loures: Lusodidacta.
- Gronkiewicz, C., & Coover, L. (2011). Reabilitação respiratória e pulmonar. In S. P. Hoeman (Coord.), *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed.). (pp. 319-350). Loures: Lusodidacta.
- Hill, C. J., Lazzeri, M., & D'Abrosca, F. (2018). Breathing exercises and mucus clearance techniques in pulmonary rehabilitation. In E. Clini, A. E. Holland, F. Pitta, & T. Troosters (Editores), *Textbook of pulmonary rehabilitation* (pp.205-216). Cham: Springer International Publishing.
- Instituto Nacional de Estatística (2018). *Estatísticas de Saúde 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

- Kang, Y., Steele, B. G., Burr, R. L., & Dougherty, C. M. (2018). Mortality in advanced chronic obstructive pulmonary disease and heart failure following cardiopulmonary rehabilitation. *Biological Research for Nursing*, 20(4), 429-439.
- Kaymaz, D., Candemir, I. C., Ergün, P., Demir, N., Tasdemir, F., & Demir, P. (2018). Relation between upper-limb muscle strength with exercise capacity, quality of life and dyspnea in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. *Clinical Respiratory Journal*, 12, 1257-1263.
- Kelly, C. A., Kirkcaldy, A. J., Pilkington, M., Hodson, M., Welch, L., Yorke, J., & Knighting, K. (2018). Research priorities for respiratory nursing: a UK-wide delphi study. *ERJ open research*, 4(2), 00003-2018. Acedido a 17/04/19. Disponível em: <https://doi.org/10.1183/23120541.00003-2018>
- Maltais, F., Decramer, M., Casaburi, R., Barreiro, E., Burelle, Y., Debigaré, R. ... Wagner, P. (2014). An official american thoracic society / european respiratory society statement: Update on limb muscle dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 189(9), 1121-1137.
- McCollom, P. L. (2011). Gestão de caso. In S. P. Hoeman (Coord.), *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed.). (pp. 201-208). Loures: Lusodidacta.
- McDonald, V. M., Roberts, M., & Inder, K. (2018). The respiratory nurse in pulmonary rehabilitation. In E. Clini, A. E. Holland, F. Pitta, & T. Troosters (Editores), *Textbook of pulmonary rehabilitation* (pp.183-194). Cham: Springer International Publishing.
- Mendes, P. N., Figueiredo, M. L. F., Santos, A. M. R., Fernandes, M. A., & Fonseca, R. S. B. (2019). Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(1), 87-94.
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Nascimento, V., Mousinho, H., & Fonseca, C. (2018). Proposta estruturada de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação, às pessoas idosas

com défice no autocuidado e alterações do foro respiratório. *Journal of Aging & Innovation*, 7(2), 81-97.

Nici, L., Donner, C., Wouters, E., Zuwallack, R., Ambrosino, N., Bourbeau, J. ... Troosters, T. (2006). American thoracic society / european respiratory society statement on pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 173, 1390-1413.

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. *Relatório 2017*. Acedido a 27/03/19. Disponível em: https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2017.pdf

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. *Relatório 2018*. Acedido a 14/04/19. Disponível em: https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011a). *CIPE Versão 2 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boas práticas – Cuidados à pessoa com alterações na mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015c). *Percurso e programa formativo para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015d). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia orientador de boa prática – Reabilitação respiratória*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6º Ed.). St. Louis: Mosby, Inc.

- Organização Mundial de Saúde (2007). *Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas – uma abordagem integradora*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Pamplona, P., & Morais, L. (2007). Treino de exercício na doença pulmonar crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XIII(1), 101-128.
- Pardell, M. J. P., López, S. P., del Rio, A. D., & Ramírez, A. G. (2018). Effectiveness of a respiratory rehabilitation programme in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Enfermería Clínica*, 28(1), 5-12.
- Pasqualoto, A. S., Schumacher, P. H., Dumke, A., Winkelmann, E. R., & Bittencourt, D. C. (2009). Estudo do grau de dispneia nas atividades de vida diária e a utilização de técnicas de conservação de energia nos portadores da DPOC. *Revista Contexto & Saúde*, 8(16), 59-66.
- Pestana, H. (2017a). Cuidados de enfermagem de reabilitação: Enquadramento. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.47-56). Loures: Lusodidacta.
- Pestana, H. (2017b). Sistemas de informação e a especialidade de enfermagem de reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.77-88). Loures: Lusodidacta.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Pierce, L. L., Predeger, E. J., & Mumma, C. M. (2011). Prática de enfermagem de reabilitação baseada na investigação. In S. P. Hoeman (Autor), *enfermagem de reabilitação – Prevenção, intervenção e resultados esperados*, 4ª ed. (pp. 47-60). Loures: Lusodidacta.
- Pontes, M. M., & Santos, A. (2017). A gestão de serviços de enfermagem de reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.89-100). Loures: Lusodidacta.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A. & Hall, A. M. (2013). *Fundamentos de enfermagem* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

- Ramos, A. L. (2001). Empoderamento em saúde: o papel do enfermeiro. *The Internet Journal of Healthcare Administration*, 1(2), 26-31.
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2ª série, Nº26, 4744-4750.
- Regulamento nº 392/2019 de 3 de maio (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. *Diário da República*, 2ª série, Nº85, 13565-13568.
- Sampaio, A. C. S., Cortopassi, F., Souza, Y. R., Frasson, P. H., Rufino, R., da Costa, C. H., & Maynard, K. (2016). Treinamento de força muscular na reabilitação pulmonar em pacientes com DPOC: Uma revisão descritiva. *Revista HUPE*, 15(4), 356-370.
- Sagrillo, L. M., Meereis, E. C. W., & Gonçalves, M. P. (2016). Programa de treinamento muscular em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica grave. *Acta Fisiátrica*, 23 (3), 145-149. DOI: 10.5935/0104-7795.20160028
- Silva, C. D. A., Nogueira, D. M., Silva, L. J. O., Leon, E. B., Gonçalves, R. L., & Sanchez, F. F. (2017). Atividades de vida diária e presença de dispneia em indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista Inspirar, Movimento & Saúde*, 14(4), 38-42.
- Silva, C. S., Nogueira, F. R., Porto, E. F., Gazzotti, M. R., Nascimento, O. A., Camelier, A., & Jardim, J. R. (2015). Dynamic hyperinflation during activities of daily living in COPD patients. *Chronic Respiratory Disease*, 12(3), 189-196.
- Silva, S. (2017). Cuidados de enfermagem à pessoa com doença neurológica degenerativa. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.475-486). Loures: Lusodidacta.
- Soares, S. M. T. P., & Carvalho, C. R. R. (2009). Intolerância ao exercício em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista Ciências Médicas*, 18(3), 143-151.
- Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., Zuwallack, R., Nici, L., Rochester, C. ... Wouters, E. F. M. (2013). An official american thoracic society / european

respiratory society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188(8), e13-e64.

Spruit, M. A., & Wouters, E. F. M. (2019). Organizational aspects of pulmonary rehabilitation in chronic respiratory diseases. *Respirology*, 2019, 1-6. DOI: 10.1111/resp.13512

Vainshelboim, B., Oliveira, J., Yehoshua, L., Weiss, I., Fox, B. D., Fruchter, O., & Kramer, M. R. (2014). Exercise training – Based pulmonary rehabilitation program is clinically beneficial for idiopathic pulmonary fibrosis. *Respiration*, 88, 378-388. DOI: 10.1159/000367899

Varanda, E. M. G., & Rodrigues, C. A. F. (2017). Reeducação cognitiva em enfermagem de reabilitação: Recuperar o bailado da mente. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.215-225). Loures: Lusodidacta.

Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2017). Treino de atividades de vida diária. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.351-363). Loures: Lusodidacta.

Zanchet, R. C., Viegas, C. A. A., & Lima, T. (2005). A eficácia da reabilitação pulmonar na capacidade de exercício, força da musculatura inspiratória e qualidade de vida de portadores de doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Brasileira de Pneumologia*, 31(2), 118-124.

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Opção II

PROJETO DE ESTÁGIO

**Cuidados de enfermagem de reabilitação à
pessoa com doença respiratória crónica –
melhoria da tolerância à atividade**

Ana Sofia Pinto Santana

Lisboa
Julho de 2018





ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Opção II
PROJETO DE ESTÁGIO

Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com doença respiratória crónica – melhoria da tolerância à atividade

Ana Sofia Pinto Santana nº 8368

Orientador: Professora Doutora Maria Fátima Marques

Lisboa
Julho de 2018



SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRFR – Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

ERS – European Respiratory Society

■ – **■**

INE – Instituto Nacional de Estatística

ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAOS – Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

Introdução.....	5
5. A pessoa com doença respiratória crônica.....	9
6. Cuidados de enfermagem de reabilitação – melhoria da tolerância à atividade	11
7. Modelo Concetual de Dorothea Orem – Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado	17
8. Descrição dos contextos de estágio	19
9. Competências, objetivos e atividades a desenvolver.....	21
10.Considerações Finais	23
Referências Bibliográficas	24

APÊNDICES

Apêndice I – Fluxograma

Apêndice II – Planeamento de atividades

Apêndice III – Cronograma de atividades

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular Opção II, inserida no 9º Curso de Mestrado em Enfermagem, emerge a necessidade de elaborar um projeto de estágio.

Neste projeto de estágio delinearei o percurso que irei realizar no período de estágio do 3º semestre, através da descrição e análise da problemática para estudo, identificação das competências e dos objetivos específicos que pretendo desenvolver, bem como das atividades que me proponho realizar para a sua concretização.

Defini como tema para este projeto “Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com doença respiratória crónica – melhoria da tolerância à atividade”.

Para a seleção desta temática contribuiu o facto de exercer funções num serviço de Medicina onde as doenças respiratórias crónicas são muito comuns, e na sua grande maioria uma condicionante para a realização das tarefas diárias, pela intolerância à atividade que provocam. O Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR) (2017) corrobora esta afirmação quando refere que as doenças respiratórias crónicas são uma limitação às atividades diárias, pela dispneia, fadiga e inatividade que provocam.

A seleção e a pertinência do seu estudo deveram-se, também, ao meu interesse e motivação pessoal sobre esta temática. Bem como, pela possibilidade que terei, enquanto futura Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER), de maximizar o potencial funcional e de promover o autocuidado da pessoa com doença respiratória crónica, através da melhoria da sua tolerância à atividade. A evidência científica dos benefícios da Reabilitação Respiratória é inegável, sendo que esta é vista como uma das terapêuticas mais eficazes na melhoria da tolerância à atividade, da pessoa com doença respiratória crónica (ONDR, 2017).

As doenças respiratórias crónicas representam um grave problema de saúde pública que afeta centenas de milhões de pessoas mundialmente (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2007), sendo que as doenças respiratórias mais importantes e que se destacam pela sua prevalência são a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), a Asma e a

Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) (Direção Geral de Saúde (DGS), 2013).

A European Respiratory Society (ERS) (2013) estima que 235 milhões de pessoas sofrem de asma e mais de 200 milhões de pessoas têm DPOC. Sendo a DPOC a quarta principal causa de morte mundial e a doença respiratória crónica que está a aumentar em prevalência em todo o mundo.

Em Portugal, as doenças respiratórias também constituem uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, sendo que em 2016 as mortes decorrentes de doenças do aparelho respiratório representaram 12,1% do total de óbitos ocorridos (DGS 2017; Instituto Nacional de Estatística (INE), 2018). A bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crónicas situam-se em terceiro lugar e são responsáveis por 20,92% da mortalidade por doenças respiratórias em 2015 (DGS, 2017).

Segundo o Relatório do ONDR (2017), as doenças respiratórias crónicas têm repercussões graves na qualidade de vida e sobrevida das pessoas afetadas. A dispneia é um dos seus principais sintomas, que associada a outros efeitos sistémicos importantes, como é o caso da disfunção muscular e depleção nutricional, contribuem para uma limitação da tolerância ao exercício (Sagrillo, Meereis & Gonçalves, 2016), e consequentemente uma limitação na capacidade de realizar as atividades do autocuidado.

Para a ERS (2013), a manutenção da aptidão física é essencial, porque a dispneia pode levar à falta de atividade e subsequente descondicionamento e consideram que a reabilitação respiratória tem aqui um papel fundamental.

Por sua vez, o Relatório do ONDR (2017) refere que, a reabilitação respiratória é fulcral para a alteração de determinadas condições inerentes às doenças respiratórias crónicas, como a limitação das atividades diárias e dificuldade na autogestão da doença, apresentando como benefícios a melhoria dos sintomas, da tolerância ao exercício, da capacidade funcional, estado de saúde e qualidade de vida.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015), os cuidados de enfermagem de reabilitação visam a “manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, através da promoção do autocuidado, da

prevenção de complicações e da maximização das capacidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.3)

Face ao exposto, podemos assumir que as doenças respiratórias crónicas interferem com a realização do autocuidado, podendo mesmo conduzir a situações de dependência, cabendo ao EEER, em conjunto com a pessoa com doença respiratória crónica, desenvolver estratégias de adaptação aos problemas de saúde e que melhorem a sua tolerância à atividade.

Para Petronilho (2012), o aumento da prevalência de doenças crónicas decorrentes do envelhecimento da população, exigem aos enfermeiros o seu envolvimento com a pessoa e suas famílias, no sentido de desenvolverem comportamentos e habilidades que lhes permitam gerir com sucesso os seus processos de saúde/doença.

Desta forma, como referencial teórico para a realização deste projeto optei pelo Modelo Concetual de Dorothea Orem (2001), que defende que a pessoa é capaz de cuidar de si mesma e visa a manutenção da vida, saúde e bem-estar através da promoção do autocuidado. Segundo este, quando surge um défice de autocuidado, a pessoa é incapaz de assegurar o autocuidado na sua plenitude. Cabe ao enfermeiro avaliar os défices, definir estratégias de suporte e estabelecer as relações necessárias para a realização de cuidados de enfermagem.

Relativamente à temática que me proponho desenvolver com este projeto, defini como objetivo geral:

- Desenvolver competências em enfermagem de reabilitação, no âmbito da prestação de cuidados especializados à pessoa com doença respiratória crónica, visando a melhoria da tolerância à atividade.

Para a elaboração deste projeto foi realizada uma revisão da literatura existente, procedendo-se a uma pesquisa nas bases de dados EBSCOHost (CINAHL e MEDLINE), Google Académico e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, usando as palavras-chave: *Rehabilitation Nursing*, *Respiratory Tract Disease*, *Physical Activity*, *Activity intolerance* e *Dyspnea*. Da pesquisa efetuada foram selecionados cinco estudos, os quais suportam a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com doença respiratória crónica, na melhoria

da tolerância à atividade, e que irão ser mobilizados no desenvolvimento do projeto (Apêndice I – Fluxograma).

Relativamente à estrutura do projeto, este compreende seis capítulos. O primeiro diz respeito à pessoa com doença respiratória crónica e o segundo aos cuidados de enfermagem de reabilitação e melhoria da tolerância à atividade, sendo realizado nestes dois capítulos o enquadramento teórico do tema. O terceiro capítulo refere-se ao modelo conceitual escolhido que irá suportar este projeto. No quarto capítulo irei realizar uma descrição dos contextos de estágio escolhidos. No capítulo seguinte irá ser feita uma descrição das competências, objetivos específicos e atividades que me proponho desenvolver no contexto de estágio. E, por último serão apresentadas as considerações finais relativas a este projeto.

1. A pessoa com doença respiratória crónica

A OMS (2007), define doença respiratória crónica como as doenças crónicas das vias respiratórias e de outras estruturas dos pulmões. Estas retratam um dos maiores problemas de saúde a nível mundial, com grande impacto na morbilidade e mortalidade, sendo que em Portugal demonstra-se uma tendência clara para o aumento da sua prevalência (DGS, 2017).

O aumento da prevalência e gravidade das doenças respiratórias crónicas, deve-se ao facto de vários fatores decisivos da saúde respiratória serem difíceis de combater, pela sua natureza socioeconómica. A pobreza, que ainda abrange uma grande percentagem da população mundial, contribui em muito para a presença ou ausência de alguns dos mais importantes fatores de risco (DGS, 2013).

Vários são os fatores de risco que levam ao aumento das doenças respiratórias crónicas, entre os quais a exposição à poluição, de várias origens, a malnutrição, baixo peso à nascença, infeções respiratórias recorrentes em idades precoces, e como principal fator de risco aponta-se a exposição direta ou indireta ao fumo do tabaco (DGS, 2013). O peso das doenças respiratórias crónicas e o seu progressivo aumento está associado aos efeitos do tabagismo, mas não só. Aqui, o aumento crescente da esperança média de vida também interfere, destacando as doenças respiratórias crónicas como uma importante causa de morbilidade e mortalidade nas fases avançadas da vida, ou seja, sobretudo nas faixas etárias acima dos 65 anos (DGS, 2016).

As doenças respiratórias crónicas revelam-se como um enorme desafio para a vida e saúde da sociedade atual, sendo a prevenção e tratamento destas doenças, assim como, a promoção da saúde respiratória vistas como prioridades, pelo impacto que têm na longevidade, dias de vida saudáveis e economias nacionais (ERS, 2013).

Foi neste sentido que surgiu em 2006 a Global Alliance Against Respiratory Diseases (GARD), uma aliança voluntária de organizações nacionais e internacionais, apoiada e coordenada pela OMS, que tem como principal objetivo o combate às doenças respiratórias crónicas e a redução do seu impacto mundial (Bousquet et al, 2007; DGS, 2017).

As doenças respiratórias mais importantes e que se destacam pela sua prevalência são a DPOC, a Asma e a SAOS (DGS, 2013).

A DPOC é uma doença comum, evitável e tratável que é caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo de ar, e que se deve a anormalidades nas vias aéreas e/ou alveolares, geralmente causadas por exposição significativa a partículas nocivas ou gases, e os sintomas mais comuns incluem a dispneia, tosse e/ou expetoração (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2018).

A prevalência da DPOC é de 14,2% em pessoas com mais de 40 anos e aumenta com a idade e com a carga tabágica, atingindo o valor de 30,8% acima dos 70 anos, sendo que nesta última faixa etária e no sexo masculino a prevalência de DPOC é muito elevada, atingindo valores de 47,2% (DGS, 2013).

A Asma é uma doença heterogênea, geralmente caracterizada por inflamação crónica das vias aéreas, pela presença de sintomas respiratórios, como pieira, falta de ar, aperto no peito e tosse, que variam ao longo do tempo e na intensidade, e por uma limitação variável do fluxo aéreo expiratório (Global Initiative for Asthma, 2018).

Para a Asma calcula-se uma prevalência de 10%, sendo mais elevada na população infantil e juvenil. Estima-se que o número total de doentes com asma ativa possa ultrapassar os 600 mil (DGS, 2013).

A DGS (2014), através de um estudo da Rede Médicos Sentinela, caracteriza a SAOS “por episódios recorrentes de cessação total (apneias) ou parcial (hipopneias) do fluxo aéreo oronasal, secundários a um colapso da via aérea superior durante o sono” (DGS, 2014, p.1). A mesma entidade revela que a prevalência de SAOS varia entre 3 a 28%, considerando exclusivamente episódios de apneia e hipopneia. Se a este quadro juntarmos a hipersonolência diurna, estima-se uma prevalência de 1 a 5%. Relativamente à SAOS não diagnosticada, esta varia entre 0,3 a 5% (DGS, 2014).

As doenças respiratórias crónicas são, assim, responsáveis por significativas alterações funcionais na pessoa, interferindo diretamente tanto na qualidade de vida, como na sua perceção de saúde (Bousquet et al, 2007).

2. Cuidados de enfermagem de reabilitação – melhoria da tolerância à atividade

A doença respiratória crônica e o seu agravamento são acompanhados pela degradação progressiva da função pulmonar e disfunção dos músculos esqueléticos periféricos, provocando sintomas como dispneia e fadiga ao realizar esforços físicos, e consequentemente uma diminuição da tolerância à atividade. A inatividade, como resultado do aparecimento da dispneia, e consequente descondicionamento físico, faz com que as doenças respiratórias crônicas sejam vistas como um ciclo vicioso de sintomas incapacitantes que levam a uma desadaptação progressiva ao exercício (Cordeiro & Menoita, 2012; Pamplona & Moraes, 2007; Soares & Carvalho, 2009).

A dispneia refere-se à percepção de dificuldade respiratória, associada ao desconforto, ansiedade e a um aumento do esforço para respirar, e destaca-se como o principal sintoma das doenças respiratórias crônicas (Hoeman, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2011a). Este sintoma, relacionado com a diminuição da capacidade para a atividade física, conduz a um estilo de vida cada vez mais sedentário, como forma de evitar a sensação de dificuldade em respirar e causa dependência funcional, isolamento social e profissional (Cordeiro & Menoita, 2012; Silva et al, 2017).

Por sua vez, a disfunção dos músculos esqueléticos periféricos, e consequente atrofia muscular dos membros encontram-se diretamente relacionados com a intolerância à atividade e também com a adoção de um estilo de vida sedentário, limitando e reduzindo a capacidade para a realização das atividades de vida diária, piorando a qualidade de vida e aumentando o risco de morte prematura (Cordeiro & Menoita, 2012; Maltais et al, 2014; Soares & Carvalho, 2009). Assim, a intolerância à atividade é entendida como a ausência ou diminuição de capacidade para tolerar ou concluir atividades (Ordem dos Enfermeiros, 2011a), e é uma das principais causas da limitação na realização das atividades de vida diária, em pessoas com doença respiratória crônica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Silva et al (2017), realizaram um estudo numa população de 60 pessoas com DPOC, cujo objetivo era avaliar o comprometimento das atividades de vida diária, relacionando com nível de dispneia e a capacidade para a realização de atividade

física. Utilizaram a Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) para avaliar as atividades de vida diária, o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) para avaliar a duração, frequência, intensidade e o tipo de atividade e a escala Modified Medical Research Council (MMRC) para classificar o grau de dispneia. Verificaram, com este estudo, que quanto maior era o grau de dispneia nas pessoas com DPOC, mais inativas estas se tornavam, e pior era o seu desempenho nas atividades de vida diária.

Pamplona & Morais (2007), indicam a reabilitação respiratória como fundamental no tratamento de pessoas com doença respiratória crônica, e cujos sintomas respiratórios estão relacionados com a diminuição da capacidade funcional e da qualidade de vida.

Costa et al (2014), numa tentativa de avaliar a utilização do teste de força, antes e depois de um programa de reabilitação respiratória, e correlacioná-lo com a capacidade funcional e qualidade de vida, realizaram um estudo com 112 pessoas com DPOC. Apesar, de não terem encontrado a correlação que pretendiam, verificaram uma melhoria na qualidade de vida, na força muscular e na capacidade de exercício, após a aplicação do programa de reabilitação respiratória. Como tal, referem os programas de reabilitação respiratória como essenciais para a recuperação das pessoas com DPOC.

Assim sendo, a reabilitação respiratória surge como a pedra basilar no tratamento das doenças respiratórias crônicas, quer seja como complemento ou como alternativa ao tratamento farmacológico, sendo inegável o seu benefício na melhoria da dispneia, tolerância à atividade, capacidade funcional e qualidade de vida (Branco et al, 2012; DGS, 2009). E, apesar de a grande maioria dos estudos realizados incidirem particularmente na DPOC, a reabilitação pulmonar em pessoas com doença respiratória crônica, que não a DPOC, apresenta igualmente os mesmos benefícios (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Pamplona & Morais, 2007; Spruit et al, 2013).

A reabilitação respiratória ao contribuir para os benefícios referidos, permite uma diminuição nas exacerbações e uma melhor capacidade de gestão da doença, traduzindo-se numa redução das consultas, internamentos hospitalares e na utilização de recursos de saúde (Branco et al, 2012; DGS, 2009).

Assim sendo, a reabilitação respiratória é definida, pelo American Thoracic Society e pelo European Respiratory Society, como

an evidence-based, multidisciplinary, and comprehensive intervention for patients with chronic respiratory diseases who are symptomatic and often have decreased daily life activities. Integrated into the individualized treatment of the patient, pulmonary rehabilitation is designed to reduce symptoms, optimize functional status, increase participation, and reduce health care costs through stabilizing or reversing systemic manifestations of the disease (Nici et al, 2006, p 1391).

Um programa de reabilitação respiratória deve ser feito de forma individualizada, através da intervenção de uma equipa multidisciplinar, impondo uma avaliação personalizada relativamente à pessoa, à sua idade, capacidade de aprendizagem, motivação, problemas psicológicos, emocionais e sociais, relativamente à doença e à sua gravidade, e ao local de aplicação do programa e recursos existentes (Cordeiro & Menoita, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

“O sucesso da reabilitação respiratória assenta na sua capacidade de influenciar positivamente os efeitos sistémicos, nomeadamente o descondicionamento físico, a disfunção psicossocial e as comorbilidades” (DGS, 2009, p. 2). Para tal, é preconizado que os programas de reabilitação respiratória integrem, entre outras, as componentes do treino de exercício e da educação. Estas, são vistas como elementos essenciais e indispensáveis, e que permitirão melhorar a capacidade física da pessoa, tornando-a mais ativa e independente, e também a sua capacidade de decisão face às opções de tratamento e aos mecanismos de *coping* a adotar, possibilitando a otimização e manutenção dos benefícios de qualquer programa de reabilitação respiratória (DGS, 2009; Ordem dos Enfermeiros, 2018; ONDR, 2017).

Assim, e mais recentemente, a reabilitação respiratória foi definida como uma intervenção abrangente, fundamentada numa avaliação completa da pessoa e em tratamentos individualizados, que incluem o treino de exercício, a educação e a mudança de comportamentos, e que melhoram a condição física e psicológica da pessoa, e promovem a adesão a longo prazo de comportamentos para a melhoria da saúde (Spruit et al, 2013).

A componente do treino de exercício tem vindo a ser utilizada de forma crescente na abordagem e tratamento da pessoa com doença respiratória crónica, tendo-se revelado como um elemento central e essencial num programa de reabilitação respiratória, com eficácia comprovada na melhoria da tolerância à atividade e no aumento da qualidade de vida (Cordeiro & Menoita, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2018; Pamplona & Moraes, 2007; Soares & Carvalho, 2009).

Num estudo, realizado com 32 pessoas com Fibrose Pulmonar Idiopática, cujo objetivo era examinar o efeito do treino de exercício nos resultados clínicos, 15 pessoas foram colocadas num grupo de treino de exercício e realizaram um programa de reabilitação que incluía treino de exercício durante 12 semanas, 60 minutos, 2 vezes por semana, e as outras 17 pessoas foram colocadas num grupo de controle com tratamento médico exclusivo. Ambos os grupos foram avaliados no início e no final da intervenção. Com este estudo concluiu-se que o treino de exercício melhora a tolerância à atividade, a capacidade funcional pulmonar, a dispneia e a qualidade de vida em pessoas com Fibrose Pulmonar Idiopática (Vainshelboim et al, 2014).

Desta forma, o treino de exercício pode traduzir-se em benefícios fisiológicos, metabólicos e psicológicos (Pamplona & Moraes, 2007). Estes benefícios espelham-se numa melhoria da função muscular, da tolerância e capacidade para a atividade, num aumento da independência funcional na realização das atividades de vida e da qualidade de vida e na redução da dispneia e da ansiedade (Branco et al, 2012; Cordeiro & Menoita, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2018; Pamplona & Moraes, 2007).

Para que um treino de exercício permita alcançar os benefícios referidos, este deve obedecer a determinados princípios (Cordeiro & Menoita, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2018; Pamplona & Moraes, 2007):

- Princípio da sobrecarga, que refere que a função muscular pode ser melhorada, se o músculo for sujeito a uma carga superior àquela que está habituado;
- Princípio da especificidade, em que cada tipo de exercício produz resultados específicos, em determinado grupo muscular;
- Princípio da reversibilidade, indica que os benefícios do treino apenas se mantêm se houver continuidade do mesmo;

- Princípio da individualidade, que defende que o treino deve ser individualizado, tendo em conta as capacidades e limitações de cada pessoa.

Neste sentido, existem duas modalidades de treino essenciais, o treino aeróbico ou *endurance*, que pressupõe a realização de exercícios com duração moderada a longa, com uma intensidade de moderada a elevada e nos quais são utilizados grandes grupos musculares, e o treino de força, que consiste na realização de exercícios de curta duração, com uma intensidade elevada e que compreendem a utilização de pequenos grupos musculares (Cordeiro & Menoita, 2012).

A utilização de exercícios de *endurance* e de força combinados, em programas de treino de exercício para pessoas com doença respiratória crónica, é considerada a estratégia adequada e apresenta benefícios importantes (DGS, 2009; Ordem dos Enfermeiros, 2018; Pamplona & Morais, 2007).

Ambrozin et al (2013), efetuaram um estudo em 10 pessoas com diagnóstico de Doença Pulmonar Crónica, em que o seu objetivo era avaliar os efeitos de um programa de reabilitação pulmonar combinado, na função cardiorrespiratória e força muscular periférica destas pessoas. O programa de reabilitação pulmonar foi desenvolvido em 24 sessões com duração de 60 minutos, 3 vezes por semana e era constituído por exercícios aeróbicos (2 vezes por semana) e resistidos (1 vez por semana). Após este programa de reabilitação houve melhoria na força muscular expiratória, na força dos membros inferiores e na capacidade funcional, e diminuição na obstrução ao fluxo aéreo.

Os mesmos autores referem que outra das intervenções importantes dentro da reabilitação respiratória direcionada para as pessoas com doença respiratória crónica é tornar o gasto de energia mais eficiente, e isto é possível através da utilização de técnicas de conservação de energia (Ambrozin et al, 2013).

As técnicas de conservação de energia, são consideradas uma das principais intervenções educacionais do EEER, e permitem que a pessoa seja capaz de realizar as suas atividades de vida diária com o menor consumo de energia e de oxigénio possível, a redução de sintomas como a dispneia e o aumento e manutenção da sua independência funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Pasqualoto et al, 2009).

Como forma de conservação de energia, existem inúmeras tarefas simples que a pessoa com doença respiratória crônica pode ser ensinada a fazer, por exemplo, realizar os cuidados de higiene sentada (tomar banho, escovar os dentes, barbear ou pentear-se), utilizar roupas largas (fáceis de vestir) e calçado sem atacadores, realizar tarefas domésticas de modo intervalado, fazendo várias pausas para descanso entre as mesmas e transportar objetos com as duas mãos junto ao corpo ou utilizando um carrinho (DGS, 2009; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

As posições de descanso (posição de cocheiro sentado ou em pé), é uma técnica que consiste na adoção de posições corporais, que permitem descontrair os músculos acessórios da respiração, cintura escapular, pescoço e membros superiores e facilitar a respiração diafragmática, e, que são, também, empregues como formas de conservação de energia (Cordeiro & Menoita, 2012).

Silva et al (2015), realizaram um estudo cujo objetivo foi investigar se algumas atividades de vida diária que são habitualmente relacionadas com a sensação de dispneia, estão associadas à hiperinsuflação pulmonar e se o uso de técnicas de conservação de energia pode reduzir esta hiperinsuflação pulmonar. Este estudo incidu em 18 pessoas com diagnóstico de DPOC moderada a grave, e que realizaram seis atividades (caminhar numa passadeira, guardar caixas, andar 56 metros carregando um peso de 5kg, subir escadas, simular tomar banho e calçar sapatos), com e sem a realização de técnicas de conservação de energia. No final deste estudo, concluíram que pessoas com DPOC moderada a grave desenvolvem hiperinsuflação pulmonar com a realização de atividades de vida diária comuns e que técnicas de conservação de energia podem evitar essa hiperinsuflação pulmonar em algumas dessas atividades.

Um programa de reabilitação respiratória tem, assim, como principal objetivo o regresso da pessoa ao seu nível máximo independência funcional na realização das atividades de vida diária. Tal é possível, ajudando a pessoa a tornar-se fisicamente mais ativa, aprendendo mais sobre a sua doença e como lidar com a mesma, e conseguindo que esta tenha uma participação mais ativa no seu autocuidado. Não esquecendo que, um programa de reabilitação respiratória deve ser contínuo e monitorizado, de forma a garantir a efetividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação (Cordeiro & Menoita, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

3. Modelo Conceitual de Dorothea Orem – Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado

O autocuidado é identificado como um conceito fulcral para a enfermagem, revelando-se como uma estrutura teórica orientadora da prática dos cuidados de enfermagem e que permite a otimização da qualidade do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2011b; Petronilho, 2012).

Este conceito tem sido encarado como um recurso relevante para a promoção da saúde e gestão eficaz dos processos saúde/doença, tendo uma importância crescente na gestão de doenças crónicas (Petronilho, 2012).

Desta forma, e entendendo que as doenças respiratórias crónicas condicionam a capacidade da pessoa para assegurar o autocuidado na sua plenitude, como referencial teórico para a realização deste projeto elegi a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.

São três as teorias que compõem a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado e que se encontram relacionadas entre si: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001).

Na Teoria do Autocuidado, o autocuidado é entendido como uma ação de maturidade, em que a pessoa que o realiza desenvolveu as capacidades adequadas e válidas para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes, tendo em consideração a manutenção do bem-estar, da saúde, da integridade e das condições essenciais à vida. (Orem, 2001).

Nesta teoria, Orem (2001) desenvolve o conceito de requisitos de autocuidado e identifica a existência de três tipos de requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento e no desvio de saúde. Os requisitos de autocuidado universais, são comuns a todos os seres humanos durante todas as etapas de um ciclo de vida e encontram-se relacionados com os processos de vida, com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano e com o bem-estar geral. Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento, estão associados a processos de crescimento e desenvolvimento humano e a acontecimentos que sucedem nas diferentes fases do ciclo de vida. Os requisitos de autocuidado no desvio de saúde,

relacionam-se com situações de doença ou com medidas médicas de diagnóstico e tratamento e suas consequências.

A Teoria do Déficit de Autocuidado, descreve e explica a razão pela qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem. A intervenção de enfermagem é requerida quando a capacidade da pessoa para o autocuidado se encontra limitada e reduzida relativamente às necessidades terapêuticas de autocuidado. O enfermeiro pode intervir, de forma a compensar a limitação da pessoa no autocuidado, utilizando os seguintes métodos de ajuda: agir ou fazer pela pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente que permita o desenvolvimento pessoal e ensinar (Orem, 2001).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem, diz respeito às relações que são estabelecidas e que são necessárias para a realização dos cuidados de enfermagem. Nesta teoria, são reconhecidos três tipos de sistemas de enfermagem que podem ser utilizados na satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa. No sistema totalmente compensatório, o enfermeiro substitui a pessoa na realização do seu autocuidado, que devido às suas limitações não consegue assegurar o autocuidado necessário. No sistema parcialmente compensatório, o enfermeiro e a pessoa desempenham o autocuidado em conjunto, visto que a pessoa tem capacidade para efetuar algumas atividades de autocuidado. Por último, no sistema apoio-educação, a pessoa possui capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de assistência e supervisão do enfermeiro para a realização do mesmo (Orem, 2001).

As doenças respiratórias crônicas interferem com a realização do autocuidado, podendo mesmo conduzir a situações de dependência. A capacidade da pessoa, com doença respiratória crônica, para recuperar ou manter a máxima independência no autocuidado é determinada pela sua habilidade em desenvolver estratégias relativamente às limitações e dificuldades que apresenta, sendo que aqui o Enfermeiro de Reabilitação tem um papel fundamental, e pode atuar a vários níveis, estabelecendo as relações essenciais aos cuidados de enfermagem necessários.

A Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem permite orientar a prática dos cuidados do Enfermeiro de Reabilitação, de modo a que estes possibilitem a “manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.3).

4. Descrição dos contextos de estágio

O estágio que se irá realizar ao longo do 3º semestre compreende dois períodos distintos, sendo que o primeiro período de estágio decorrerá de 24 de setembro a 23 de novembro de 2018 e realizar-se-á na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de [REDACTED], e o segundo período de estágio decorrerá de 26 de novembro de 2018 a 8 de fevereiro de 2019 e realizar-se-á no Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória (DRFR) do [REDACTED] ([REDACTED]).

As informações relativas à UCC de [REDACTED], foram reunidas por colegas, que também irão frequentar o local de estágio referido, através da realização de uma entrevista informal ao EEER.

A UCC de [REDACTED], tem uma equipa que é composta por 6 profissionais de saúde, dos quais 3 são EEER e abrange cerca de 70 pessoas, com necessidades de cuidados gerais, paliativos e/ou de reabilitação.

As patologias mais frequentes são as fraturas do colo do fémur, demências e infeções respiratórias relacionadas com a imobilidade em pessoas com patologias cardiorrespiratórias ou neurológicas associadas. As DPOC não são muito frequentes, mas quando presentes, são em estádios muito avançados, e a atuação do EEER incide no ensino para a gestão da energia e diminuição do cansaço.

Para a avaliação do desempenho dos EEER, são realizados planos de ação e delineados indicadores de avaliação relacionados com o autocuidado, prevenção de úlceras de pressão, prevenção de infeções respiratórias e prevenção de reinternamentos.

A unidade tem em curso o projeto “Formar para Cuidar”, cujo intuito é disponibilizar formação aos cuidadores, que exerçam funções em Instituições de Solidariedade Social, sobre a alimentação entérica, cuidados com ostomias, transferências, ergonomia, entre outros.

As principais dificuldades apontadas pela equipa da unidade em questão, são a condição de saúde do próprio cuidador, os preconceitos da pessoa/cuidador/família sobre os cuidados de saúde, as condições habitacionais e os recursos materiais e equipamentos disponíveis, que são poucos, e os que existem (tripé, tábua de transferência, andador, cadeira de rodas, colchão de pressão alterna) foram oferecidos por cuidadores.

Relativamente ao estágio no Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória do [REDACTED], este só foi confirmado numa fase final da execução do presente projeto, não tendo sido possível a realização de entrevista no mesmo. No sentido de partilha da informação recolhida relativamente a este local de estágio, contactei os colegas que irão frequentá-lo, no entanto todas as tentativas efetuadas por estes no sentido da realização desta mesma entrevista foram sem sucesso, por indisponibilidade do serviço.

5. Competências, objetivos e atividades a desenvolver

A reabilitação é vista como uma especialidade multidisciplinar que compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos e, cuja finalidade é melhorar a funcionalidade, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa. Para isso, o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, tendo em conta os problemas reais e potenciais das pessoas (Ordem dos enfermeiros, 2010b).

No sentido de desenvolver, aprofundar e mobilizar conhecimentos, habilidades e capacidades, em contexto de estágio, no âmbito dos cuidados especializados de reabilitação e, tendo em conta o domínio das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010a) e as competências específicas do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), delinee os seguintes objetivos específicos:

1. Demonstrar uma prática de cuidados responsável que assegure a defesa e o respeito pelos direitos humanos e que seja suportada em princípios éticos e deontológicos;
2. Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
3. Colaborar na gestão do risco e promoção de um ambiente seguro e protetor das pessoas;
4. Otimizar o processo de cuidados, participando nas decisões da equipa multiprofissional e na gestão dos recursos disponíveis;
5. Criar oportunidades de aprendizagem que permitam o desenvolvimento pessoal, no âmbito do autoconhecimento, e profissional, tendo em vista o alcance de conhecimentos sólidos e baseados na melhor evidência científica;
6. Desenvolver o processo de enfermagem, na prestação de cuidados especializados de reabilitação, com base nas necessidades de autocuidado das pessoas com alterações da função cognitiva, sensorial, motora e respiratória (com ênfase na pessoa com doença respiratória crónica);
7. Elaborar e implementar programas de treino de atividades de vida diária, objetivando a melhoria da tolerância à atividade da pessoa com doença respiratória crónica;

8. Organizar programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos objetivos da pessoa com doença respiratória crónica e com vista à melhoria da tolerância à atividade.

Tendo em conta os objetivos específicos delineados, foram traçadas as atividades a desenvolver para atingir esses mesmos objetivos, os critérios de avaliação e os recursos necessários, e serão apresentados num quadro em apêndice II.

Por sua vez, o cronograma que contempla os objetivos específicos referidos e o limite temporal para a concretização dos mesmos, encontram-se no apêndice III.

6. Considerações Finais

Este projeto é a fase inicial de um percurso que se prevê longo e exaustivo, mas que espero que seja muito satisfatório e compensador, e que me permita alcançar com sucesso o grande objetivo de desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados de reabilitação.

Para que consiga desenvolver as competências referidas, delineei num plano os objetivos específicos que pretendo alcançar, as atividades que planeio desenvolver, bem como os recursos necessários para que as mesmas sejam efetivadas.

A realização deste projeto é fundamental, e deverá ser encarado como um guia orientador do percurso a realizar durante o estágio, não devendo, no entanto, ser rígido, antes pelo contrário, deverá ser dinâmico, flexível e que considere a possibilidade de ajustamento consoante as necessidades sentidas e as realidades encontradas, com o intuito de fomentar e potenciar as aprendizagens, nos diferentes locais de estágio.

Este projeto incorpora duas áreas que me são especialmente significativas, tanto pessoal como profissionalmente. As doenças respiratórias crónicas, com as quais me deparo diariamente no meu contexto profissional e que são extremamente condicionantes na realização das atividades diárias, e os cuidados de enfermagem de reabilitação, cujo benefício é incontestável como intervenção nestas doenças.

A pesquisa constante, a análise e seleção dos conteúdos para a fundamentação deste projeto para além de me terem permitido a aquisição de novos conhecimentos, são fundamentais para uma prática de cuidados de enfermagem de reabilitação baseada na melhor evidência científica e para uma melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados.

Desta forma, a elaboração deste projeto proporcionou-me aprofundar diversos conteúdos essenciais para o meu crescimento enquanto futura EEER, e mais especificamente possibilitou-me revelar a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com doença respiratória crónica, com vista à melhoria da tolerância à atividade.

Referências Bibliográficas

- Ambrozini, A. R. P., Paschoal, A. M. J., Raquel, D. F. S., Borges, J. B. C., & Quitério, R. B. (2013). Associação do treinamento resistido e aeróbico em pacientes com doença pulmonar crónica. *Terapia Manual*, 11(53), 327-332.
- Bousquet, J., Dahl, R., & Khaltaev, N. (2007). Global alliance against chronic respiratory diseases. *European Respiratory Journal*, 29, 233-239.
DOI: 10.1111/j.1398-9995.2007.01307.x
- Branco, P. S., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A., & Mata, J. (2012). *Temas de reabilitação – Reabilitação respiratória*. Porto: Medesign.
- Cordeiro, M. C. O., & Menoita, E. C. P. C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória – Conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.
- Costa, C. C., Leita, B. S., Canterle, D. B., Souza, R. M., Machado, M. L., & Teixeira, P. J. Z. (2014). Análise da força, qualidade de vida e tolerância ao exercício na doença pulmonar crónica. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 22(2), 27-35.
- Direção Geral de Saúde (2009). *Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Programa nacional para as doenças respiratórias 2012 – 2016 (2ª edição)*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2014). *Síndrome de apneia obstrutiva do sono: Epidemiologia, diagnóstico e tratamento. Um estudo da rede médicos-sentinela*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2016). *Portugal – Doenças respiratórias em números – 2015*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2017). *Programa nacional para as doenças respiratórias*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

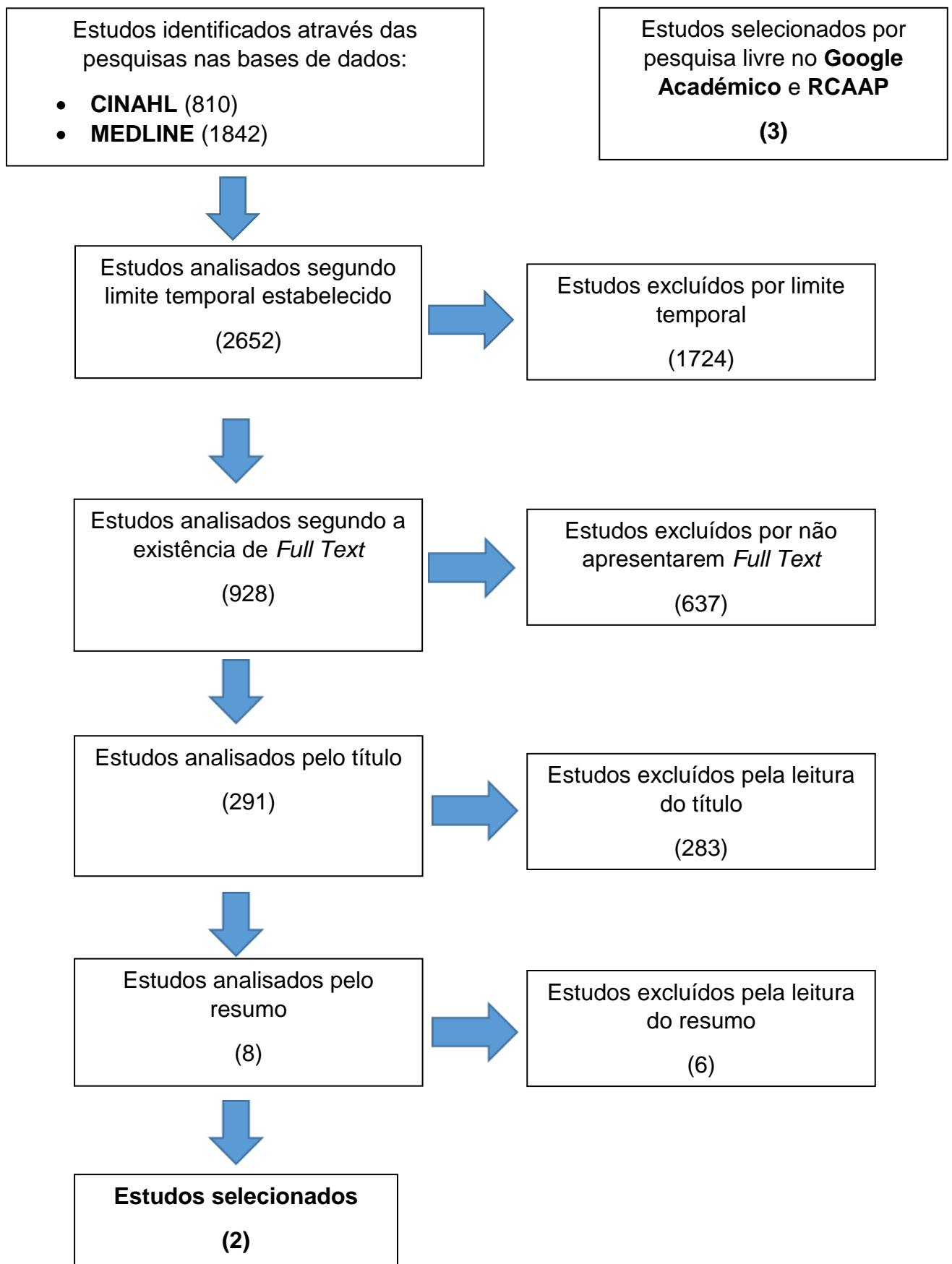
- European Respiratory Society (2013). *Respiratory diseases in the world. Realities of today – Opportunities for tomorrow*. Sheffield. European Respiratory Society.
- Global Initiative for Asthma (2018). *Global strategy for asthma management and prevention (2018 update)*. Acedido a 29/05/2018. Disponível em: <http://ginasthma.org/2018-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2018). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2018 report)*. Acedido a 29/05/2018. Disponível em: http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação – Prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª edição). Loures: Lusodidacta.
- Instituto Nacional de Estatística (2018). *Estatísticas de saúde 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Maltais, F., Decramer, M., Casaburi, R., Barreiro, E., Burelle, Y., Debigaré, R. ... Wagner, P. (2014). An official american thoracic society / european respiratory society statement: Update on limb muscle dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 189(9), 1121-1137. Acedido a 12/06/2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4098112/>
- Nici, L., Donner, C., Wouters, E., Zuwallack, R., Ambrosino, N., Bourbeau, J. ... Troosters, T. (2006). American thoracic society / european respiratory society statement on pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 173, 1390-1413. Acedido a 17/06/2018. Disponível em: <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.200508-1211ST>
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. *Relatório 2017*. Acedido a 06/05/2018. Disponível em: <http://respirarmelhor.pt/wp-content/uploads/2017/11/Relat%C3%B3rio-Completo-ONDR-2017.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *CIPE Versão 2 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia orientador de boa prática – Reabilitação respiratória*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6^o Ed.). St. Louis: Mosby, Inc.
- Organização Mundial de Saúde (2007). *Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas – uma abordagem integradora*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Pamplona, P., & Morais, L. (2007). Treino de exercício na doença pulmonar crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XIII(1), 101-128.
- Pasqualoto, A. S., Schumacher, P. H., Dumke, A., Winkelmann, E. R., & Bittencourt, D. C. (2009). Estudo do grau de dispneia nas atividades de vida diária e a utilização de técnicas de conservação de energia nos portadores da DPOC. *Revista Contexto & Saúde*, 8(16), 59-66.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.

- Sagrillo, L. M., Meereis, E. C. W., & Gonçalves, M. P. (2016). Programa de treinamento muscular em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica grave. *Acta Fisiátrica*, 23 (3), 145-149. DOI: 10.5935/0104-7795.20160028
- Silva, C. D. A., Nogueira, D. M., Silva, L. J. O., Leon, E. B., Gonçalves, R. L., & Sanchez, F. F. (2017). Atividades de vida diária e presença de dispneia em indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista Inspirar, Movimento & Saúde*, 14(4), 38-42.
- Silva, C. S., Nogueira, F. R., Porto, E. F., Gazzotti, M. R., Nascimento, O. A., Camelier, A., & Jardim, J. R. (2015). Dynamic hyperinflation during activities of daily living in COPD patients. *Chronic Respiratory Disease*, 12(3), 189-196.
- Soares, S. M. T. P., & Carvalho, C. R. R. (2009). Intolerância ao exercício em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista Ciências Médicas*, 18(3), 143-151.
- Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., Zuwallack, R., Nici, L., Rochester, C. ... Wouters, E. F. M. (2013). An official american thoracic society / european respiratory society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188(8), e13-e64. Acedido a 17/06/2018. Disponível em: https://www.thoracic.org/statements/resources/copd/PRExecutive_Summary2013.pdf
- Vainshelboim, B., Oliveira, J., Yehoshua, L., Weiss, I., Fox, B. D., Fruchter, O., & Kramer, M. R. (2014). Exercise training – Based pulmonary rehabilitation program is clinically beneficial for idiopathic pulmonary fibrosis. *Respiration*, 88, 378-388. DOI: 10.1159/000367899

APÊNDICES

Apêndice I – Fluxograma



Apêndice II – Planeamento de atividades

Quadros referentes ao desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Competência A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

Competência A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Crítérios de Avaliação	Recursos
1. Demonstrar uma prática de cuidados responsável que assegure a defesa e o respeito pelos direitos humanos e que seja suportada em princípios éticos e deontológicos.	<ul style="list-style-type: none"> – Conhecimento sobre a dinâmica de funcionamento e organização dos locais de estágio. – Integração na equipa multidisciplinar. – Realização de reuniões formais e informais para tomada de decisão, com a equipa multidisciplinar. – Propõe tomadas de decisão sobre a prática dos cuidados com base nos princípios éticos e deontológicos. – Desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa. – Demonstração de uma conduta na prática de cuidados protetora dos direitos humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ter conhecimento sobre a dinâmica de funcionamento e organização dos locais de estágio. – Ter integrado a equipa multidisciplinar. – Ter realizado reuniões formais e informais para tomada de decisão, com a equipa multidisciplinar. – Ter proposto tomadas de decisão sobre a prática dos cuidados com base nos princípios éticos e deontológicos. – Ter desenvolvido estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa. – Ter demonstrado uma conduta na prática de cuidados protetora dos direitos humanos. 	<p>Humanos: EEER, Equipa multidisciplinar, Docente orientador, Pessoa e/ou família.</p> <p>Materiais: Normas e protocolos do serviço; Código Deontológico; Diário da República (legislação reguladora para o exercício profissional).</p> <p>Físicos: Hospital e UCC.</p>

Competência B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Competência B2 – Concebe, gere, e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Competência B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	CrITÉrios de Avaliação	Recursos
2. Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> – Colaboração na realização e implementação de projetos e programas de melhoria da qualidade dos cuidados. – Pesquisa e partilha com a equipa multidisciplinar da melhor evidência científica, na área da qualidade na prestação de cuidados. – Elaboração de registos de enfermagem completos, que traduzam os cuidados de reabilitação efetuados e que permitam a avaliação da qualidade desses mesmos cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ter colaborado na realização e implementação de projetos e programas de melhoria da qualidade dos cuidados. – Ter pesquisado e partilhado com a equipa multidisciplinar a melhor evidência científica, na área da qualidade na prestação de cuidados. – Ter elaborado registos de enfermagem completos, que traduzam os cuidados de reabilitação efetuados e que permitam a avaliação da qualidade desses mesmos cuidados. 	<p>Humanos: EEER, Equipa multidisciplinar, Docente orientador, Pessoa e/ou família.</p> <p>Materiais: Projetos e programas vigentes e em desenvolvimento; Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação; Pesquisa Bibliográfica; Sistema de registos de enfermagem; Equipamentos e produtos de apoio.</p>
3. Colaborar na gestão do risco e promoção de um ambiente seguro e protetor das pessoas.	<ul style="list-style-type: none"> – Identificação de fatores de risco ou de necessidades (barreiras arquitetónicas, produtos de apoio...) da pessoa e/ou família, com vista ao 	<ul style="list-style-type: none"> – Ter identificado fatores de risco ou necessidades (barreiras arquitetónicas, produtos de apoio...) da pessoa e/ou família, com vista ao 	<p>Físicos: Hospital e UCC.</p>

	desenvolvimento e manutenção de um ambiente seguro. – Adoção de comportamentos adequados (aplicação dos princípios de ergonomia, utilização correta dos equipamentos disponíveis...) para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados.	desenvolvimento e manutenção de um ambiente seguro. – Ter adotado comportamentos adequados (aplicação dos princípios de ergonomia, utilização correta dos equipamentos disponíveis...) para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados.	
--	---	---	--

Competência C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

Competência C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Crítérios de Avaliação	Recursos
4. Otimizar o processo de cuidados, participando nas decisões da equipa multiprofissional e na gestão dos recursos disponíveis.	– Colaboração nas tomadas de decisão da equipa multidisciplinar. – Reconhecimento de situações em que seja necessário referenciar para outros profissionais de saúde. – Gestão dos cuidados de reabilitação e recursos disponíveis, e respetiva priorização, de acordo com as diferentes situações de cuidados.	– Ter colaborado nas tomadas de decisão da equipa multidisciplinar. – Ter reconhecido situações em que seja necessário referenciar para outros profissionais de saúde. – Ter gerido os cuidados de reabilitação e recursos disponíveis, e respetiva priorização, de acordo com as diferentes situações de cuidados.	Humanos: EEER, Equipa multidisciplinar, Docente orientador, Pessoa e/ou família. Materiais: Sistema de registos de enfermagem Físicos: Hospital e UCC.

Competência D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.			
Competência D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.			
Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Crítérios de Avaliação	Recursos
5. Criar oportunidades de aprendizagem que permitam o desenvolvimento pessoal, no âmbito do autoconhecimento, e profissional, tendo em vista o alcance de conhecimentos sólidos e baseados na melhor evidência científica.	<ul style="list-style-type: none"> – Reuniões informais com o enfermeiro de reabilitação orientador e o docente orientador, com o intuito de abordar e refletir sobre as diversas situações de cuidados existentes ao longo do estágio. – Pesquisa e partilha com a equipa multidisciplinar da melhor evidência científica, na área da prestação de cuidados de reabilitação. – Aplicação dos saberes teóricos, baseados na melhor evidência científica, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ter realizado reuniões informais com o enfermeiro de reabilitação orientador e o docente orientador, com o intuito de abordar e refletir sobre as diversas situações de cuidados existentes ao longo do estágio. – Ter pesquisado e partilhado com a equipa multidisciplinar a melhor evidência científica, na área da prestação de cuidados de reabilitação. – Ter aplicado saberes teóricos, baseados na melhor evidência científica, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. 	<p>Humanos: EEER, Equipa multidisciplinar, Docente orientador, Pessoa e/ou família.</p> <p>Materiais: Pesquisa Bibliográfica.</p> <p>Físicos: Hospital e UCC.</p>

Quadros referentes ao desenvolvimento das Competências Específicas do EEER

Competência J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.			
Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Crítérios de Avaliação	Recursos
6. Desenvolver o processo de enfermagem, na prestação de cuidados especializados de reabilitação, com base nas necessidades de autocuidado das pessoas com alterações da função cognitiva, sensorial, motora e respiratória (com ênfase na pessoa com doença respiratória crónica);	<ul style="list-style-type: none"> – Colheita de dados dirigida à pessoa e/ou família e consulta do processo clínico, de modo a identificar as necessidades de autocuidado. – Avaliação da capacidade funcional, através da utilização das respetivas escalas e instrumentos de medida. – Elaboração e implementação de planos de cuidados de reabilitação, com vista à reeducação funcional cognitiva, sensorial, motora e respiratória. – Avaliação das intervenções implementadas e revisão do plano de cuidados, de acordo com os resultados pretendidos. – Recomendação de produtos de apoio, como dispositivos de compensação, que contribuam para melhorar a funcionalidade da pessoa. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ter realizado colheita de dados dirigida à pessoa e/ou família e consulta do processo clínico, de modo a identificar as necessidades de autocuidado. – Ter avaliado a capacidade funcional, através da utilização das respetivas escalas e instrumentos de medida. – Ter elaborado e implementado planos de cuidados de reabilitação, com vista à reeducação funcional cognitiva, sensorial, motora e respiratória. – Ter avaliado as intervenções implementadas e revisto o plano de cuidados, de acordo com os resultados pretendidos. – Ter recomendado produtos de apoio, como dispositivos de compensação, que contribuam para melhorar a funcionalidade da pessoa. 	<p>Humanos: EEER, Equipa multidisciplinar, Docente orientador, Pessoa e/ou família.</p> <p>Materiais: Instrumento de colheita de dados; Processo clínico; Escalas e instrumentos de medida para avaliação funcional; Pesquisa bibliográfica; Produtos de apoio.</p> <p>Físicos: Hospital e UCC.</p>

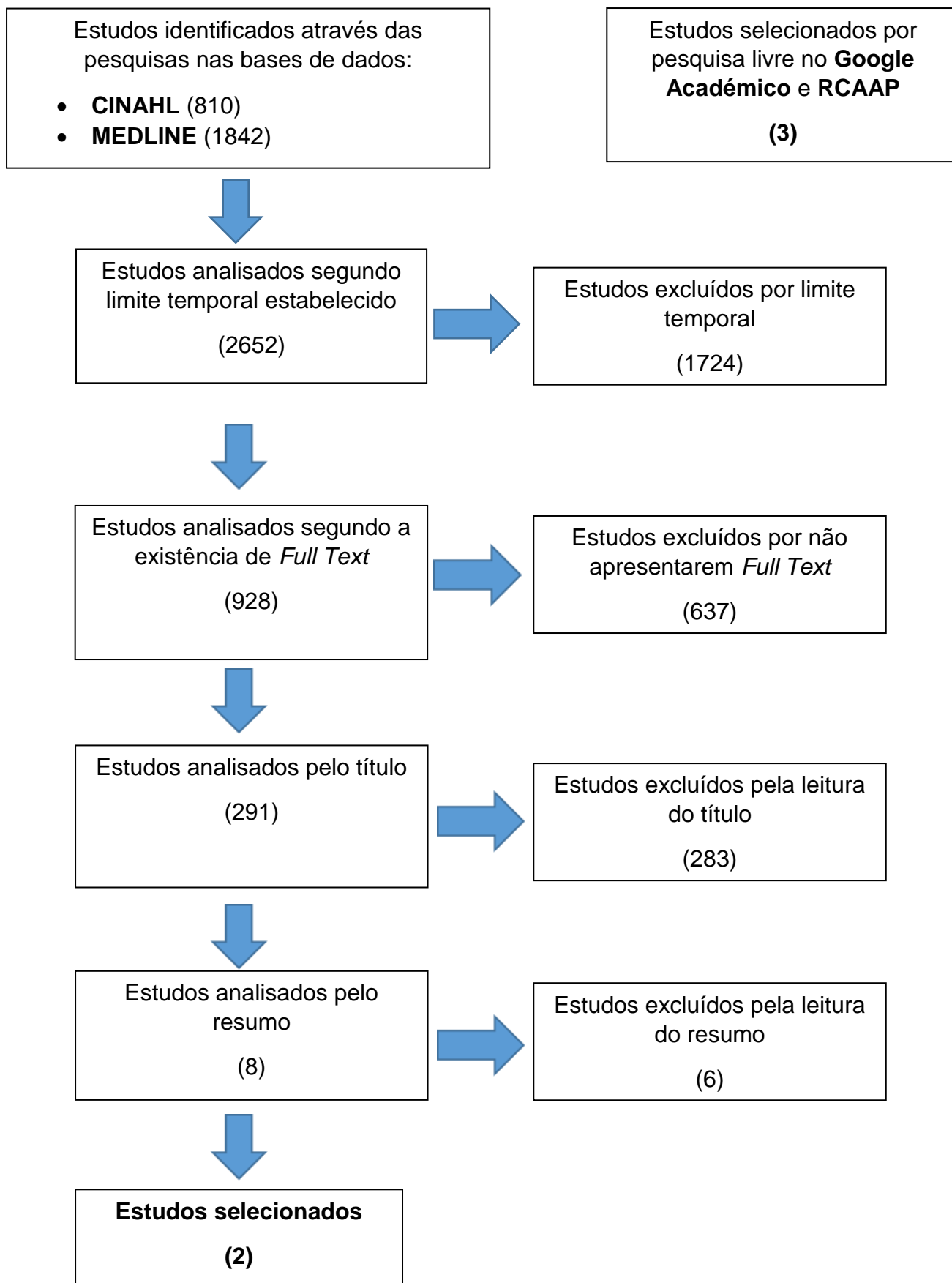
Competência J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.			
Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	Crítérios de Avaliação	Recursos
<p>7. Elaborar e implementar programas de treino de atividades de vida diária, objetivando a melhoria da tolerância à atividade da pessoa com doença respiratória crônica;</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Demonstração e treino de técnicas de conservação de energia para a realização das atividades de vida diária. – Realização de treinos específicos de atividades de vida diária, utilizando produtos de apoio. – Identificação de recursos da pessoa/família/comunidade que facilitem a inclusão social. – Identificação da existência de barreiras arquitetônicas que possam limitar a sua funcionalidade. – Organização de estratégias no sentido da eliminação das barreiras arquitetônicas ou na diminuição do seu impacto. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ter demonstrado e realizado o treino de técnicas de conservação de energia para a realização das atividades de vida diária. – Ter realizado treinos específicos de atividades de vida diária, utilizando produtos de apoio. – Ter identificado recursos da pessoa/família/comunidade que facilitem a inclusão social. – Ter identificado a existência de barreiras arquitetônicas que possam limitar a sua funcionalidade. – Ter organizado estratégias no sentido da eliminação das barreiras arquitetônicas ou na diminuição do seu impacto. 	<p>Humanos: EEER, Equipa multidisciplinar, Docente orientador, Pessoa e/ou família.</p> <p>Materiais: Pesquisa bibliográfica; Produtos de apoio.</p> <p>Físicos: Hospital e UCC.</p>

Competência J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.			
Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver	CrITÉrios de Avaliação	Recursos
8. Organizar programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos objetivos da pessoa com doença respiratória crónica e com vista à melhoria da tolerância à atividade.	<ul style="list-style-type: none"> – Elaboração e implementação de programas de treino de exercício, tendo em conta as expetativas de recuperação da pessoa e resultados esperados. – Avaliação dos resultados obtidos e revisão do programa de treino, sempre que necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ter elaborado e implementado programas de treino de exercício, tendo em conta as expetativas de recuperação da pessoa e resultados esperados. – Ter avaliado os resultados obtidos e revisto o programa de treino, sempre que necessário. 	<p>Humanos: EEER, Equipa multidisciplinar, Docente orientador, Pessoa e/ou família.</p> <p>Materiais: Pesquisa bibliográfica;</p> <p>Físicos: Hospital e UCC.</p>

Apêndice III – Cronograma de atividades

Ano	2018																2019													
Mês	Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março					
Semana	3 9	10 16	17 23	24 30	1 7	8 14	15 21	22 28	29 4	5 11	12 18	19 25	26 2	3 9	10 16	17 23	24 30	31 6	7 13	14 20	21 27	28 3	4 10	11 17	18 24	25 3	4 10	11 17	18 24	25 31
UCC ██████████	Férias												Natal																	
DRFR – ██████																														
Objetivo 1																														
Objetivo 2																														
Objetivo 3																														
Objetivo 4																														
Objetivo 5																														
Objetivo 6																														
Objetivo 7																														
Objetivo 8																														
Relatório de Estágio																									Entrega de Relatório					

Apêndice II – Fluxograma de Revisão Scoping



Apêndice III – 1º Jornal de Aprendizagem ECCI

1º Jornal de Aprendizagem ECCI

Com o propósito de refletir sobre situações e eventos experienciados no decorrer do estágio e de compreender a sua relevância na aprendizagem, aquisição e desenvolvimento de competências, foi indicada a elaboração de jornais de aprendizagem.

Como tal, o presente jornal de aprendizagem foi desenvolvido durante o decorrer do estágio na UCC, mais precisamente na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Apesar de já ter exercido funções, no início da minha carreira, como enfermeira numa UCC, em contexto de Visitação Domiciliária, foi uma experiência muito curta, e desde então que exerço funções em hospital num serviço de Medicina. Como tal, senti necessidade de realizar alguma pesquisa e de questionar a enfermeira orientadora sobre a dinâmica organizacional e funcional da UCC e mais especificamente da ECCI, e assim entender o papel do EEER na mesma.

Desta forma, à UCC cabe prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de risco e dependência física e funcional, assim como atuar na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Artigo 11º, Decreto-Lei 28/2008). A UCC integra-se na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sendo responsável pela formação da ECCI.

A RNCCI tem como objetivo geral a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência (Artigo 4º, Decreto-Lei 101/2006). Estes cuidados são prestados através de unidades de internamento (Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção), unidades de ambulatório (Unidades de Dia e Promoção da Autonomia), equipas hospitalares (Equipas de Gestão de Altas) e equipas domiciliárias (Equipas de Cuidados Continuados Integrados) (Artigo 12º, Decreto-Lei 101/2006).

A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Artigo 27º, Decreto-Lei 101/2006).

Desta forma, a ECCI, onde me encontro a realizar o estágio, dirige os seus cuidados para pessoas com elevada dependência funcional, pessoas com doenças crónicas evolutivas e dependência funcional e pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida, apresentando um número máximo de vagas para setenta pessoas.

Esta equipa é constituída por três enfermeiros especialistas em cuidados de reabilitação, três enfermeiros de cuidados gerais, dois médicos, uma fisioterapeuta, duas assistentes sociais e uma psicóloga, e tem como principais objetivos: melhorar a acessibilidade da pessoa e dos seus cuidadores aos cuidados prestados pela ECCI, promover a qualidade de vida e alcançar uma maior aptidão funcional da pessoa dependente, capacitar os cuidadores informais de melhores competências na área da prestação direta de cuidados e avaliar o grau de satisfação da pessoa e dos seus cuidadores relativamente aos cuidados prestados pela ECCI.

A atuação do EEER dirige-se à recuperação, adaptação e manutenção funcional da pessoa dependente, assim como ao treino do prestador de cuidados, sendo essencial nas ECCI (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Desta forma, os EEER desempenham um papel fulcral na equipa multiprofissional e que é decisivo no processo de cuidados, pois desenvolvem planos de intervenção que promovem o autocuidado e que capacitam a pessoa dependente e o cuidador a lidarem com a situação de dependência, auxiliando no processo de transição saúde/doença.

Na primeira semana de estágio realizei uma visita domiciliária a uma utente, que derivado a uma queda da própria altura sofreu uma fratura do fémur esquerdo e foi submetida a artroplastia total da anca esquerda, e para além disso tinha antecedentes pessoais de DPOC e bronquectasias. Era uma utente que já se

encontrava há cerca de três meses com a ECCI, sob programa de reabilitação motora e respiratória, já implementado pela enfermeira orientadora e que brevemente teria alta da ECCI. A utente já deambulava com canadianas de forma autónoma, assim como realizava os exercícios respiratórios autonomamente, conforme plano estabelecido.

Foi de todo gratificante verificar e reconhecer que a atuação da enfermeira orientadora e o plano de intervenção por ela instituído foi preponderante na recuperação da autonomia e independência da utente. A própria utente referia que realizava os exercícios, que lhe foram ensinados pela enfermeira, sozinha, porque quando não o fazia sentia que se cansava mais e mais rápido.

Foi possível constatar que os EEER fazem a diferença e permitem a obtenção de ganhos em saúde, na medida em que a atuação da enfermeira na prestação dos cuidados de reabilitação permitiu “a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.5).

O reconhecimento destes ganhos, aumenta a minha motivação para a aquisição de competências de enfermagem de reabilitação, de modo a que futuramente, também eu, possa ser um elemento fundamental no processo de reabilitação de alguém.

Os primeiros dias de estágio, foram de algum modo inquietantes e desconfortáveis. Encontrar-me na posição de aluna novamente e num contexto desconhecido e completamente diferente daquele em que exerço, gerou sentimentos de insegurança, de não ser capaz e de receio em não conseguir corresponder às minhas próprias expectativas.

No entanto, aos poucos, estes sentimentos foram-se dissipando. A relação estabelecida com a equipa multidisciplinar e, mais especificamente com a enfermeira orientadora, que se encontrou sempre disponível para me ajudar a ultrapassar as dificuldades sentidas e para esclarecer as dúvidas existentes, foi fundamental para superar essas inseguranças e encontrar o meu lugar na própria equipa.

Numa fase mais inicial tive oportunidade de observar a intervenção da enfermeira orientadora junto da pessoa, e posteriormente de eu própria intervir, sob

supervisão e orientação da enfermeira. Especificamente numa visita a um utente com paralisia cerebral, tive oportunidade de realizar auscultação, exercícios de reeducação funcional respiratória e exercícios de mobilização passiva. Numa outra utente, que foi submetida a revisão da prótese da anca à esquerda, realizei treino de marcha e treino de escadas com canadianas.

Senti imensa satisfação em poder colocar em prática os conhecimentos adquiridos na formação teórica, por outro lado estas situações de cuidados foram fundamentais para a minha aprendizagem, na medida em que permitiram ouvir e aceitar as críticas construtivas da enfermeira orientadora e desenvolver competências no âmbito da reeducação funcional respiratória e motora.

O decurso da aprendizagem para o desenvolvimento de competências tem sido feito de modo progressivo e, do meu ponto de vista, de modo satisfatório, no entanto tenho plena noção que ainda tenho um longo percurso pela frente. Penso que poderia ter sido mais autónoma na prestação de cuidados de reabilitação, de forma a aplicar integralmente os planos de cuidados por mim realizados, pelo que será esse um dos meus objetivos ao longo das próximas semanas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República I Série-A*, N.º 109 (06 de junho de 2006) 3856-3865.

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES). *Diário da República*, 1.ª Série, Nº 38 (22 de fevereiro de 2008) 1182-1189.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Conselho de enfermagem - Rede nacional de cuidados continuados integrados: Referencial do enfermeiro*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Apêndice IV – 2º Jornal de Aprendizagem ECCI

2º Jornal de Aprendizagem ECCI

Neste momento encontro-me a meio do meu percurso neste estágio em contexto de UCC na ECCI, e apesar de me sentir cada vez mais confiante na prestação de cuidados de reabilitação ao utente no domicílio e no contato direto com os seus familiares, surgiu uma situação particular sobre a qual irei me debruçar e que me levou à realização deste jornal de aprendizagem.

A prestação de cuidados de enfermagem em contexto da comunidade é diferente de todos os outros contextos, fundamentalmente por estes cuidados não serem realizados em contexto institucional, e se realizarem no domicílio do utente e no seu próprio ambiente familiar. Aqui, os enfermeiros têm de se adaptar, reajustar e optar por diferentes dinâmicas de intervenção, de acordo com a natureza dos cuidados a prestar e as diversas realidades existentes nos domicílios. Para Gago & Lopes (2012), o enfermeiro que presta cuidados no domicílio ingressa no espaço vivencial da família, esta situação exige não só uma grande capacidade de adaptação, como também de compreensão das especificidades desse espaço, no sentido de conquistar a confiança das pessoas cuidadas e da sua família e conseguir atingir os objetivos pretendidos com o plano de intervenção estabelecido.

Nas primeiras visitas domiciliárias, em que também era o meu primeiro contato com o utente e a sua família, senti algum desconforto em entrar nas suas casas e, por outro lado, algum receio que a minha presença não fosse facilmente aceite, tanto pelos utentes, como pelas suas famílias. “No ambiente domiciliário, o enfermeiro defronta-se com várias contingências, nomeadamente, o fato de não pertencer ao contexto nos quais os cuidados vão desenvolver-se. É alguém estranho em um espaço privado” (Gago & Lopes, 2012, p.75).

No entanto, todo este desconforto e receio, foram facilmente ultrapassados, pois senti que fui bem acolhida e aceite, e que os utentes e os seus familiares ficaram rapidamente recetivos à minha presença. Na minha perspetiva, para tal acontecer contribuiu o facto de apesar de ser aluna, já ser enfermeira, e também o facto de a enfermeira orientadora já ter estabelecido uma relação terapêutica e de plena confiança com os utentes e família, tornando possível e facilitada a minha integração e participação nos cuidados de enfermagem a serem prestados.

A situação particular sobre a qual me irei debruçar diz respeito a uma utente com o diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica, com a qual tive o primeiro contato ao mesmo tempo que a enfermeira orientadora, pois tratava-se de uma nova admissão na ECCL.

Trata-se de uma utente (Sra. A.M.) que teve confirmação do diagnóstico em 2016, com início de sintomatologia em 2015 e que se encontra totalmente dependente nas atividades de vida diária desde 2017. Vive em casa própria com apoio 24h de três cuidadoras de uma empresa, e conta com o apoio de três irmãs, que estão quase sempre presentes. Tem fisioterapia particular duas vezes por semana.

A Sra. A.M. está consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa, mas comunica com recurso a um dispositivo alfabético adaptado para a construção de palavras, pois encontra-se traqueostomizada e conectada a ventilação não invasiva 24 horas por dia.

Realiza *Cough-Assist* duas a três vezes por dia e em SOS, e tem necessidade de aspiração frequente da cavidade oral, por acumulação de saliva, que não consegue deglutir. É alimentada por gastrostomia endoscópica percutânea. Tem casa de banho adaptada, com cabine de duche, barras de apoio e cadeira sanitária, possui cama articulada com colchão apropriado para a prevenção de úlceras de pressão e duas cadeiras de espaldar alto monitorizadas.

Na primeira visita domiciliária que realizámos, a Sra. A.M. estava acompanhada por uma das cuidadoras, mas nenhuma das irmãs se encontrava presente. Foi realizada colheita de dados e uma avaliação inicial para a elaboração de um plano de cuidados adequado. Foi realizada avaliação dos sinais vitais, auscultação, reeducação funcional respiratória, *Cough Assist* e aspiração de secreções.

Na segunda visita, antes de entrarmos no prédio encontrámos a cuidadora que se encontrava no dia anterior e que nos disse “a irmã da Sra. A.M. está em casa e está muito chateada por ontem ter feito aspiração de secreções a seguir à realização de *Cough Assist*. Está à vossa espera para falar convosco” (sic). Posto isto, olhei para a Enfermeira Orientadora e entrámos em silêncio no prédio. Fui invadida por uma sensação de desconforto e de incertezas, e pensei “será que fizemos alguma coisa de errado? Não consigo entender...”. Já no elevador e refletindo sobre tudo isto, “claro que não fizemos nada de errado. Apenas fizemos a nossa avaliação e o que era

melhor e mais indicado para a Sra. A.M., e no momento era necessário realizar aspiração de secreções”.

Tocámos à campainha e a irmã da Sra. A.M. abriu-nos a porta e recebeu-nos. Apresentámo-nos e ficámos pelo hall de entrada. A irmã da Sra. A.M. começou a colocar-nos questões, como se seríamos nós que agora iríamos lá sempre, se já tínhamos conhecimento da situação clínica da sua irmã, esclarecemos quais os conhecimentos e competências que as cuidadoras da empresa possuíam e, ao mesmo tempo, esta ia-nos dando algumas “indicações” de como as coisas funcionavam ali dentro. Percebi que existia toda uma dinâmica de cuidados já estabelecida e que tudo o que fugia do padrão normal, causava alguma insegurança e desconfiança.

Até então, toda a postura da irmã da Sra. A.M. e a forma como falava connosco, tornava perfeitamente perceptível que esta não estava satisfeita com alguma coisa. Foi então, que nos confrontou com o facto de no dia anterior ter-se realizado aspiração de secreções, e que tal procedimento era traumático e desnecessário porque já se fazia o *Cough Assist*. Como já tínhamos sido alertadas pela cuidadora desta situação, não fomos apanhadas desprevenidas e, por esta altura, já tinha mais do que pensado em toda esta situação e sentia-me segura relativamente ao procedimento realizado e em relação à explicação que iríamos dar à irmã da Sra. A.M..

Com calma, tranquilidade e assertividade explicámos o porquê de termos realizado a aspiração de secreções, explicámos que apesar de se realizar *Cough Assist* e de este ajudar na mobilização das secreções, por vezes, por si só não é suficiente para ajudar a expelir as secreções e, por isso mesmo, sentimos necessidade de realizar a aspiração de secreções, que foi feita. Ao longo da explicação e num diálogo tranquilo, senti que a irmã da Sra. A.M. foi lentamente mudando de postura, tornou-se mais afável e recetiva, aceitando o nosso procedimento e a explicação do mesmo.

É esperado que os enfermeiros tenham capacidade para a gestão de conflitos, que possuam as competências necessárias para auxiliar as famílias no decorrer destes processos de transição saúde/doença e que consigam estabelecer uma relação terapêutica de confiança, que é decisiva para a adesão do utente e da sua família aos cuidados prestados.

O enfermeiro procura ser uma figura de referência para a família, desenvolvendo uma relação estável, com conhecimento mútuo, proximidade e confiança (Diogo, 2017).

Refletindo sobre toda esta situação, e pensando no desagrado da irmã da Sra. A.M. relativamente à realização do procedimento, teria agido de igual forma. A realização do procedimento em questão, foi ponderada e efetuada após avaliação da sua necessidade. A própria Sra. A.M. foi informada sobre o procedimento e questionada se se poderia realizar o mesmo, o qual consentiu. Penso que agimos perspetivando o bem-estar da Sra. A.M. e por forma a oferecer os melhores cuidados de enfermagem. O Enfermeiro quando presta cuidados deverá ir de encontro à satisfação das necessidades da pessoa, visando contribuir para um maior grau de bem-estar (Ramos, 2001).

Por outro lado, a irmã da Sra. A.M. após explicação de toda a situação conseguiu compreender e aceitar a realização do procedimento, assim como a necessidade de termos de voltar a realizá-lo.

Já efetuamos diversas visitas domiciliárias à Sra. A.M. depois desta situação, e sinto que a nossa presença é cada vez mais desejada e bem-vinda e os nossos cuidados já não são questionados.

Para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação e o seu sucesso, é fundamental o envolvimento do utente e da sua família, o estabelecimento de um contrato de parceria, onde as tarefas, decisões e responsabilidades são partilhadas.

Na prestação de cuidados é importante não só o uso de competências técnicas, mas também de habilidades interpessoais. O estabelecimento de relações é extremamente importante para humanizar e melhorar a qualidade dos cuidados que se prestam (Ramos, 2001).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2017). Relação terapêutica e emoções: Envolvimento versus distanciamento emocional dos enfermeiros. *Pensar em Enfermagem*, 21(1), 20-30.
- Gago, E. A. & Lopes, M. J. (2012). Cuidados domiciliares – interação do enfermeiro com a pessoa idosa / família. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 74-80.
- Ramos, A. L. (2001). Empoderamento em saúde: o papel do enfermeiro. *The Internet Journal of Healthcare Administration*, 1(2), 26-31.

Apêndice V – 3º Jornal de Aprendizagem ECCI

3º Jornal de Aprendizagem ECCI

Este jornal de aprendizagem surge na reta final do meu percurso no estágio em contexto de UCC na ECCI. Neste jornal de aprendizagem pretendo refletir sobre a necessidade da consciencialização da individualidade de cada pessoa que cuidamos, e como isso pode contribuir para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação mais pertinentes e adequados a cada situação específica.

No decorrer deste estágio tive a oportunidade de acompanhar os utentes, os seus cuidadores e familiares no processo de transição saúde-doença. Este processo de transição é vivenciado de uma maneira única e singular por cada pessoa, e é fundamental compreendê-lo individualmente, de forma a se conseguir elaborar e implementar planos de intervenção que dão resposta às necessidades específicas de cada um e que vão de encontro às suas expectativas.

Para dar resposta a esta necessidade de cuidados individualizados, centrados na pessoa, é essencial conhecer a pessoa, as suas características individuais, a sua situação clínica e pessoal de vida.

A existência de situações com características clínicas semelhantes, poderiam me levar a pensar na possibilidade de uma rotina de intervenções. No entanto, a observação e avaliação completa de cada caso, revela a especificidade e individualidade dos mesmos.

Por exemplo, o utente que seleccionei para o meu estudo de caso foi submetido a uma Lobectomia à esquerda por neoplasia, e como antecedentes pessoais apresenta uma DPOC tabágica. À primeira vista, é um utente que necessita de reabilitação funcional respiratória. Mas um olhar mais especializado, percebe que o internamento prolongado, não só devido à cirurgia, mas também devido às intercorrências durante o internamento, aumentou o tempo de inatividade e o confinamento ao leito. A diminuição de força muscular generalizada, a diminuição da tolerância às atividades e a dependência na realização das atividades de autocuidado, faz emergirem outras necessidades de intervenção.

Tornou-se uma prática constante a discussão e reflexão, com a enfermeira orientadora, sobre as situações que necessitam e beneficiam da intervenção do

enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e sobre o modo como podemos intervir e prestar cuidados de reabilitação que façam a diferença e que demonstrem ganhos e resultados.

Outra situação que me faz sentido relembrar foi a de uma utente que realizou revisão da prótese da anca esquerda por fratura periprotésica e que se encontrava a realizar treino de marcha e treino de escadas com canadianas. Em duas visitas diferentes que fizemos na mesma semana, a utente recusou realizar o programa de treino, e tal atitude não era comum por parte da mesma. Na primeira vez, insisti bastante com a utente, tentando demover-la da sua intenção de não realizar o treino, explicando-lhe as vantagens da reabilitação e ainda tentando perceber o porquê de tal desmotivação. Mas a utente apenas referia que estava cansada e que “não estava para aí virada” (sic).

Senti-me frustrada por não ter conseguido convencer a utente, mas tal frustração levou-me a refletir sobre a situação e a relembrar que acima de tudo devemos respeitar as necessidades e decisões da pessoa. E, neste caso a pessoa encontrava-se desmotivada e cansada, necessitando mais do que da reabilitação motora, de descanso e compreensão relativamente à sua decisão.

Na visita seguinte, a utente mantinha o mesmo estado emocional de desmotivação e cansaço, no entanto adotei outra postura e desta vez apenas mostrei compreensão e tentei animá-la, dizendo que na próxima visita esta já se sentiria melhor e que tudo voltaria ao normal. Nesse momento, senti que a utente ficou mais relaxada e tranquila, pois percebeu que eu não iria insistir e tentar convencer-la a realizar os exercícios. Apesar de não termos realizado o treino programado, senti que fiz o que estava ao meu alcance, para aquela utente, naquele momento, permitindo o respeito pelas suas necessidades e decisões, mas ao mesmo tempo motivando-a para esta mantenha o empenho no seu processo de reabilitação.

Assim, para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa, é realizada uma colheita de dados pertinente e exaustiva, elaborados diagnósticos e definido um plano de intervenção, que por sua vez é avaliado e alterado, sempre que necessário e por vezes diariamente, dependendo da condição da pessoa no próprio dia. A pessoa não fica limitada a um plano de intervenção restrito e definido apenas com base na avaliação inicial, mas sim a um plano que é reajustado consoante as suas necessidades e expectativas.

Este estágio permitiu-me olhar para cada pessoa de uma forma única e particular e, através de uma atitude crítica e reflexiva, associada a uma constante pesquisa bibliográfica de evidência científica, elaborar planos de reabilitação individualizados, adequados ao potencial e capacidades de cada pessoa, mas acima de tudo com objetivos concretizáveis.

Olhando para trás e regressando ao início deste estágio, penso que teria feito algumas coisas de diferente forma. Na fase inicial do estágio estava muito preocupada com os requisitos académicos do mesmo, como é o caso da realização do um estudo de caso, e por isso muito focada em encontrar o utente que melhor se adequasse para a realização do mesmo. Se fosse a iniciar novamente este estágio teria estado mais descontraída relativamente a esta questão, pois teria identificado igualmente o utente para o estudo de caso, e teria tirado maior proveito das situações de cuidados que me surgiram na fase inicial deste estágio. Outra situação que mudaria e que me leva a agir de maneira diferente no próximo estágio, é a questão da iniciativa e autonomia, pois espero que, e com o contributo deste estágio, já seja capaz de uma forma mais autónoma e proactiva identificar necessidades, elaborar planos de cuidados de reabilitação, implementa-los e monitoriza-los.

Termino este estágio na certeza que o mesmo contribuiu para a aquisição de competências de enfermagem de reabilitação, que serão fundamentais para o desenvolvimento do próximo estágio, mas também no futuro, enquanto enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

Apêndice VI – 1º Jornal de Aprendizagem URR

1º Jornal de Aprendizagem URR

Com o começo deste estágio, dei início a uma nova etapa. O estágio em questão decorre em contexto hospitalar, mais concretamente numa Unidade de Reabilitação Respiratória (URR).

Tendo em conta a especificidade da URR, pareceu-me pertinente debruçar-me sobre a sua dinâmica, organização e funcionalidade, perspetivando uma integração no próprio serviço e na equipa multidisciplinar mais facilitada, e que penso ser primordial para uma prestação de cuidados de qualidade.

A URR, encontra-se integrada no serviço de Pneumologia e tem como principal objetivo, prestar cuidados de saúde no âmbito da prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pessoas portadoras de doenças do foro respiratório, em fase aguda ou crónica, em regime de internamento ou ambulatório, mediante referênciação.

No espaço físico da URR, existe uma área onde são prestados cuidados de cinesiterapia respiratória e drenagem postural, e o ginásio, onde é realizado o treino de exercício. No departamento, é ainda realizada a consulta de Fibrose Quística, onde é realizado um atendimento personalizado à pessoa portadora de Fibrose Quística e à sua família, com os principais objetivos de educar, aconselhar, fornecer apoio e suporte e garantir a continuidade dos cuidados.

A atuação nos serviços de internamento tem como principais objetivos a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação na área da reeducação funcional respiratória, proporcionar ensinamentos adequados à pessoa, de forma a que esta atinja a máxima autonomia, atuar em conjunto com a equipa multidisciplinar do serviço e encaminhar para a URR, logo que possível (após alta).

Relativamente à equipa multidisciplinar da URR, senti que fui bem acolhida, e que há um esforço desta parte para que nos sintamos como parte integrante da equipa, não apenas como alunos, mas como futuros enfermeiros especialistas de reabilitação.

No concerne aos serviços de internamento, e apesar de inicialmente pensar que a nossa presença nos mesmos não era desejada e que muitas vezes sentiria que não era bem-vinda, pelo facto de sermos enfermeiros externos ao serviço e de

podermos ser vistos como “invasores” naquele espaço, tudo se revelou de diferente forma. A nossa prestação de cuidados nos serviços é muito valorizada e requisitada. Por diversas vezes aconteceu irmos a determinados serviços para prestar cuidados aos doentes que se encontravam referenciados e estavam no plano de cuidados para aquele dia, e depararmo-nos com enfermeiros e médicos a pedirem-nos para irmos a um ou outro doente, que naquele momento estavam em situação que necessitavam dos nossos cuidados imediatos. No final é muito gratificante, não só porque constatamos uma melhoria evidente no doente, mas também porque os diversos profissionais referidos nos vêm agradecer pela nossa atuação.

Refletindo sobre toda esta situação e analisando tudo o que me foi partilhado pelo o enfermeiro orientador, entendo que esta posição da equipa multidisciplinar do internamento relativamente ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) da URR, nem sempre foi assim, e por detrás de tudo isto está um grande trabalho e empenho, por parte do EEER da URR, em se afirmar e mostrar que os seus cuidados são fundamentais, realmente necessários e que, efetivamente, apresentam melhorias e resultados para o doente.

Esta interação pacífica e saudável, entre a URR e os serviços de internamento, e respetivos profissionais, também se aplica aos EEER dos internamentos, que nos encaram como elementos integrantes da equipa multidisciplinar e como uma mais valia para o seu serviço, visto que em todas as realidades que me deparei nos diferentes serviços, nenhum dos EEER tem capacidade para dar resposta a todos os doentes que necessitam de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Tal situação verifica-se porque os EEER dos internamentos assumem doentes de prestação de cuidados gerais e trabalham por turnos, e por isso, muitas vezes não têm tempo para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, e não conseguem dar continuidade a um plano de reabilitação. Ou então, como é o caso específico de um serviço, em que a enfermeira responsável do serviço, para além desta função é cumulativamente, EEER e assume doentes de cuidados gerais. E, apesar de só fazer o turno da manhã e ter oportunidade de dar continuidade a um plano de reabilitação, o fator tempo é muito limitativo, devido a todas as funções que assume.

Por outro lado, e tendo em conta que a URR é muito requisitada, e que para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação de qualidade é necessário tempo e

disponibilidade, penso que a comunicação falha entre os serviços e o departamento de RFR, pois quando estão presentes EEER nos internamentos e estes têm possibilidade de prestar os seus cuidados especializados, tal informação não é fornecida à URR, de forma a evitar deslocamentos desnecessários aos serviços de internamento. Esta forma de atuar prejudica a organização e planificação prévia dos cuidados de reabilitação da URR e da ordem pela qual se vai aos serviços, visto ser uma instituição muito grande, com serviços de internamento distantes e com diferentes acessos, e em que o tempo despendido no trajeto entre cada serviço é elevado. Tudo isto poderia ser evitado, se os serviços de internamento contactassem telefonicamente a URR, informando que naquele dia não precisariam do apoio da mesma, visto que teriam EEER com disponibilidade para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação aos doentes que necessitassem.

O estágio na URR tem-me proporcionado inúmeras oportunidades de aprendizagem, pela variedade de situações de cuidados que têm surgindo, permitindo o enriquecimento do meu percurso no desenvolvimento de competências de enfermagem de reabilitação, e correspondendo efetivamente às minhas expectativas. Confesso que na fase inicial deste estágio, fiquei um pouco apreensiva e preocupada pelo facto de o meu enfermeiro orientador ter, para além de mim, mais dois alunos da especialidade de reabilitação, no sentido em que esta situação me poderia prejudicar e limitar relativamente às experiências e situações de aprendizagem. No entanto, e pelo contrário, tal situação tem-se demonstrado benéfica e enriquecedora, pois tem permitido a troca de experiências, a discussão de dúvidas em conjunto e mesmo a partilha de conhecimentos, por outro lado, o enfermeiro orientador, possivelmente pela quantidade de alunos que já orientou e de situações idênticas a esta que já vivenciou, consegue gerir e dinamizar as aprendizagens de forma a que tudo isto seja possível e proveitoso para todos.

Enquanto aluna e tendo em conta a necessidade de dar resposta aos trabalhos académicos, mais especificamente a realização de um estudo de caso, identifico como dificuldade inerente à própria URR, o acompanhamento de um doente internado, visto que nem sempre o enfermeiro está destacado para os internamentos, podendo ficar no espaço físico da URR a prestar cuidados, e nem sempre dá resposta aos mesmos serviços de internamento. Neste sentido, e tendo em conta esta dificuldade identificada, optei por realizar um estudo de caso de um doente em regime de

ambulatório, que me permitirá acompanhar mais assiduamente o doente e dar continuidade ao plano de cuidados delineado.

Apêndice VII – 2º Jornal de Aprendizagem URR

2º Jornal de Aprendizagem URR

O desenvolvimento deste jornal de aprendizagem tem como principal objetivo refletir sobre a minha presença no 1º Congresso de Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, que decorreu no dia 13 de dezembro de 2018, e sobre os ganhos em termos de aprendizagens, assim como contributos para o desenvolvimento de competências de enfermagem de reabilitação.

Relativamente ao congresso na sua generalidade, foi um congresso que nas suas quatro mesas de apresentações de trabalhos procurou abordar os diferentes contextos de cuidados dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), proporcionando uma grande diversidade de temas em apresentação e passo a citar alguns: “Capacitação de Cuidadores Informais”, “No Caminho para a Autonomia – Reabilitação na Consulta de Ortopedia”, “Reabilitação na Pessoa com Doença Hemato-oncológica”, “Qualidade de Vida no Utente em Programa de Reabilitação Cardiovascular”, “Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Neoplasia do Pulmão”, “Impacto de Programa de Reabilitação na Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) Agudizada” e “Impacto de um Programa de Treino de Exercício na Unidade de Reabilitação Respiratória (URR) do [REDACTED]”.

Destaco com grande relevância o facto de, em todos os trabalhos apresentados, ter sido realizado um estudo relativamente ao tema e contexto específico em questão, que permitiu apresentar resultados, que por sua vez se traduziram em ganhos em saúde efetivos.

No estudo realizado, com o título “No Caminho para a Autonomia – Reabilitação na Consulta de Ortopedia”, os resultados obtidos revelaram que o programa de reabilitação deve começar o mais precocemente possível, pois permitiu melhorar a amplitude dos movimentos, melhorar o equilíbrio, aumentar a força muscular, diminuir a dor e melhorar a qualidade de vida. Em outro estudo, “Qualidade de Vida no Utente em Programa de Reabilitação Cardiovascular”, obteve-se uma melhoria na função física, no desempenho físico e na saúde mental, após a aplicação de um programa de reabilitação cardiovascular. Por sua vez, o estudo “Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Neoplasia do Pulmão” revelou que a utilização de um

programa de reabilitação individualizado na pessoa com neoplasia do pulmão, possibilita uma melhoria do seu conforto (por diminuição ou supressão de oxigênio suplementar e aumento das saturações periféricas de oxigênio), diminuição da sensação de dispneia, diminuição do risco de queda e do risco de úlceras de pressão.

Penso que a demonstração destes ganhos em saúde, contribuem para uma evidência científica atual e adequada, na enfermagem de reabilitação, permitindo fundamentar a pertinência desta especialização, nos diversos contextos em que é desenvolvida, e os contributos da mesma na prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Neste jornal irei-me debruçar sobre a apresentação do trabalho intitulado “Impacto de um Programa de Treino de Exercício na Unidade de Reabilitação Respiratória (URR) do [REDACTED]”, não só por ser um estudo realizado na URR em que me encontro a estagiar, mas também por retratar a componente de treino de exercício que me interessa particularmente, por ser um dos elementos que abordo no meu projeto de estágio, com vista à melhoria da tolerância à atividade nas pessoas com patologia respiratória crónica.

A componente do treino de exercício tem-se revelado como um elemento central e essencial em programas de reabilitação respiratória na pessoa com doença respiratória crónica, com eficácia comprovada na melhoria da tolerância à atividade e no aumento da qualidade de vida (Cordeiro e Menoita, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2018; Pamplona e Moraes, 2007; Soares e Carvalho, 2009).

Para este estudo foram selecionados 35 doentes com o diagnóstico de DPOC, seguidos na URR do [REDACTED] no período de março de 2014 até março de 2018, com idades compreendidas entre os 61 e os 80 anos, e em que 69% eram do sexo masculino e 31% do sexo feminino. Todos estes doentes com DPOC apresentavam descondicionamento físico e aceitaram participar num programa de treino de exercício. Como critérios de exclusão definiram, comorbilidades cardiovasculares, demência, alterações osteoarticulares, condicionantes socioeconómicas e geográficas e doentes em período de exacerbação.

Com o objetivo de avaliar o impacto de um programa de treino de exercício em doentes com DPOC, foram aplicados e analisados dois instrumentos de avaliação antes e depois da realização do programa de treino de exercício: a Escala de Borg Modificada e o St. George’s Respiratory Questionnaire.

O programa de treino de exercício consistia num treino combinado, composto por exercícios de aquecimento, exercícios de fortalecimento dos membros superiores e inferiores, exercícios de resistência dos membros superiores e inferiores e, por fim, exercícios de alongamento. Este programa teve a duração de oito semanas, com a frequência de três vezes por semana, cerca de trinta a sessenta minutos por sessão, dependendo da tolerância individual de cada doente.

Como resultados, foi apresentado que, após o programa de treino de exercício e relativamente à Escala de Borg Modificada, 74% dos doentes teve uma diminuição da dispneia e 77% dos doentes demonstrou uma diminuição da sensação de cansaço. Em relação ao St. George's Respiratory Questionnaire, no que concerne ao domínio dos Sintomas, 58% dos doentes consideram ter melhorado, no que respeita ao domínio da Atividade, 80% dos doentes referem melhorias e, por último, no que se refere ao domínio do Impacto, 54% dos doentes mencionam ter melhorado.

Neste estudo, conclui-se que doentes com o diagnóstico de DPOC, inativos e consequentemente que apresentam descondicionamento físico, após participarem num programa de treino de exercício, demonstram uma diminuição na dispneia e na perceção de cansaço e uma melhoria na qualidade de vida.

Este estudo encontra-se em concordância com o estudo de outros autores, que também aplicaram um programa de treino de exercício, que conjugava exercícios aeróbios e treino de resistência muscular para os membros superiores e para os membros inferiores, em pessoas com DPOC, e em que verificaram um aumento da força muscular, melhoria da capacidade funcional, redução na dispneia e melhoria na qualidade de vida (Araujo, Karloh, Santos, Reis, Mayer, 2014 e Pothirat, Chaiwong, Phetsuk, 2015).

Assim sendo, a aplicação combinada de exercícios de endurance e de força, em programas de treino de exercício para pessoas com doença respiratória crónica, é considerada a estratégia adequada e apresenta benefícios importantes (DGS, 2009, Ordem dos Enfermeiros, 2018, Pamplona e Morais, 2007).

Penso que a minha participação neste congresso permitiu-me aprofundar conhecimentos no âmbito da reabilitação em enfermagem nos diversos contextos em que é exercida, e mais especificamente na área em que desenvolvo o meu projeto de estágio. A partilha de conhecimentos e de evidência científica contribuiu para a minha aquisição de competências no âmbito da melhoria contínua da qualidade de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araujo, C.L.P., Karloh, M., Santos, K., Reis, C.M., Mayer, A.F. (2014). Reabilitação pulmonar em longo prazo na doença pulmonar obstrutiva crônica. *ABCS Health Sciences*, 39 (1), 56-60.

Cordeiro, M.C.O., Menoita, E.C.P.C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória – Conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.

Direção Geral de Saúde (2009). *Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia orientador de boa prática – Reabilitação respiratória*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pamplona, P., & Morais, L. (2007). Treino de exercício na doença pulmonar crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XIII(1), 101-128.

Pothirat, C., Chaiwong, W. & Phetsuk, N. (2015). Efficacy of a simple and inexpensive exercise training program for advanced chronic obstructive pulmonary disease patients in community hospitals. *Journal of Thoracic Disease*, 7 (4), 637-643.

Soares, S. M. T. P., & Carvalho, C. R. R. (2009). Intolerância ao exercício em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Ciências Médicas*, 18(3), 143-151.

Apêndice VIII – Recensão crítica de artigo

RECENSÃO CRÍTICA

Silva, C. D. A., Nogueira, D. M., Silva, L. J. O., Leon, E. B., Gonçalves, R. L., Sanchez, F. F. (2017). Atividades de vida diária e presença de dispneia em indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista Inspirar, Movimento & Saúde*, 14 (4), 38-42.

Síntese do Artigo

O artigo inicia-se com o “*Resumo*”, aqui os autores dão-nos conta do que poderá ser encontrado ao longo do mesmo. Neste, é possível entender que o objetivo do artigo é avaliar o compromisso das atividades de vida diária em indivíduos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), relacionar com o nível de dispneia e com a capacidade para a realização de atividade física. No resumo, é ainda indicado quais as escalas utilizadas para proceder ao estudo em questão e qual a sua principal conclusão (Silva et al, 2017).

Concluído o “*Resumo*”, o restante artigo é dividido em 5 partes: “*Introdução*”, “*Material e Métodos*”, “*Resultados*”, “*Discussão*” e “*Conclusão*”.

A “*Introdução*” é iniciada com a definição da DPOC segundo a Global Initiative for Chronic Obstrutive Lung Disease (2013) e Costa, Rufino, Lapa & Silva (2009), sendo esta entendida como uma doença respiratória comum, prevenível e tratável, caracterizada pela obstrução crônica do fluxo aéreo, geralmente progressiva (Silva et al (2017). Os autores indicam, ainda, através de dados da Organização Mundial de Saúde, que a DPOC atinge cerca de 600 milhões de pessoas mundialmente, sendo a terceira causa de morte em 2010.

A Global Initiative for Chronic Obstrutive Lung Disease (2004), O’donnell (2006) e Veloso e Jardim (2006), referem que na DPOC ocorre uma degradação progressiva da função pulmonar, sendo a hiperinsuflação uma das principais alterações que daí advêm, e uma disfunção dos músculos periféricos, como resultado da diminuição do condicionamento físico, conduzindo a sintomas como a dispneia, a uma redução da capacidade para a realização das atividades de vida diária e, conseqüentemente a um comprometimento na qualidade de vida (Silva et al, 2017).

Aqui, os autores realçam a importância da avaliação das limitações na realização das atividades de vida diária nos indivíduos com DPOC, bem como do nível de atividade física na vida diária e do grau de dispneia que apresentam, determinando uma relação entre as mesmas (Silva et al, 2017).

No “*Material e Métodos*”, os autores explicam que para a operacionalização do estudo foram selecionados 60 indivíduos com DPOC, de ambos os sexos, com média de idade $66,9 \pm 9,7$ anos, e que apresentaram, na prova de função pulmonar, uma obstrução ao fluxo aéreo moderada, grave e muito grave. Tendo sido excluídos indivíduos com obstrução ao fluxo aéreo leve e que apresentaram exacerbações nos últimos seis meses. É, também, esclarecido que os indivíduos selecionados responderam de forma individual e independente aos seguintes questionários: Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) – para avaliar o compromisso na realização das atividades de vida diária; Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) – para avaliar a duração da atividade física, a frequência, intensidade e o tipo de atividade; Escala Modified Medical Research Council (MMRC) – para avaliar o grau de dispneia (Silva et al, 2017). Fica explícito que se trata de um estudo observacional transversal e que a amostra é do tipo não probabilística intencional.

Seguem-se os “*Resultados*”, onde relativamente às atividades de vida diária foi revelado que atividade mais comprometida foi “subir escadas”, afetando 86% dos indivíduos, onde 28% não a efetuavam por limitação grave; a realização de tarefas domésticas também revelou grande compromisso, com 43% dos indivíduos a referirem alguma sensação de dispneia na sua execução; as atividades menos comprometidas foram “sair socialmente”, com 41% dos indivíduos a relatarem alguma sensação de dispneia e “falar/conversar”, onde 29% dos indivíduos indicam dispneia. Na avaliação da dispneia pela Escala MMRC, dispneia grau IV foi referida por 12% dos indivíduos, dispneia grau III e II por 53% dos indivíduos e dispneia grau I e 0 por 35% dos indivíduos. Na correlação da avaliação das atividades de vida diária com a sensação de dispneia, constata-se que as limitações nas atividades de vida diária crescem significativamente à medida que a sensação de dispneia aumenta (Silva et al, 2017).

No que se refere à atividade física, pela aplicação do IPAQ, averiguou-se que 10% dos indivíduos são inativos, 50% irregularmente ativos, 28,4% são ativos e 11,6% muito ativos. O estabelecimento da relação entre o nível da atividade física e a

sensação de dispneia indica que quanto maior o nível da atividade física menor a sensação de dispneia (Silva et al, 2017).

Seguidamente os autores apresentam-nos a “*Discussão*”, nesta Velloso & Jardim (2006), Simon et al (2011) e Miranda, Malaguti & Corso (2011) referem que a evolução gradual da doença tem tradução na perda da capacidade funcional, comprometendo a realização das atividades de vida diária. Gosker et al (2003) e Amarin et al (2014), indicam que os indivíduos com DPOC apresentam maior dificuldade em realizar as atividades de vida diária que envolvem os membros superiores do que aquelas que recrutam os membros inferiores (Silva et al, 2017).

Silva et al (2017), apontam que neste estudo uma maior limitação na realização das atividades de vida representa um maior grau de dispneia nos indivíduos, principalmente nas que exigem um maior esforço das musculaturas respiratória e periféricas. Concomitantemente a percepção subjetiva da dispneia foi expressivamente maior nos indivíduos inativos e irregularmente ativos, tornando perceptível que a sensação de dispneia é proporcional ao sedentarismo.

Polkey & Rabe (2009) e Hernandez et al (2009), acrescentam que a intolerância ao exercício vai-se tornando mais evidente consoante as manifestações sistémicas e pulmonares se instalam (Silva et al, 2017).

Por último, Soares & Carvalho (2009), Bernard et al (1998), Celli, Rassulo & Make (1986) e Celli, Criner & Rassulo (1988), relevam a importância de identificar as barreiras existentes à prática de atividades físicas, assim como das atividades de vida diária, e de entender a realização destas últimas como um indicador de qualidade de vida e bem-estar social (Silva et al, 2017).

Posto isto, o artigo é finalizado com a “*Conclusão*”. Silva et al (2017), concluem que os indivíduos que apresentam maior comprometimento na realização das atividades de vida, são os que relatam maiores graus de dispneia e que consequentemente se revelaram mais inativos. Os autores terminam relevando a necessidade de orientar os indivíduos sedentários à adoção de um estilo de vida mais ativo e de programas de reabilitação individualizados, que melhorem a qualidade de vida.

Análise Crítica do Artigo

À semelhança de Silva et al (2017), também outros autores nos seus estudos referem que os indivíduos com DPOC apresentam uma diminuição da força dos músculos respiratórios, causando dispneia que se agrava com o exercício físico, e que conduz a um estilo de vida mais sedentário. Este último, por sua vez, traduz-se numa disfunção da musculatura periférica e consequentemente numa diminuição da tolerância ao exercício e atividades de vida diária, levando a uma qualidade de vida prejudicada (Dourado & Godoy, 2004; Laizo, 2009; Pasqualoto, Schumacher, Dumke, Winkelmann & Bittencourt, 2009; Ambrozín, Paschoal, Raquel, Borges & Quitério, 2013; Silva et al, 2015; Sagrillo, Meereis & Gonçalves, 2016).

Para a operacionalização do seu estudo Silva et al (2017), selecionaram indivíduos que na prova de função pulmonar apresentaram uma obstrução ao fluxo aéreo moderada, grave e muito grave, excluindo aqueles que apenas apresentavam uma obstrução leve. No entanto, Silva, Marrara, Marino, Di Lorenzo & Jamami (2008), no seu estudo, apesar de encontrarem resultados que revelam que os indivíduos com DPOC demonstram maior fraqueza muscular inspiratória e periférica e menor capacidade funcional quando comparados a indivíduos saudáveis, verificaram que a obstrução das vias aéreas não é um bom preditor para avaliar a capacidade física e muscular dos indivíduos com DPOC, visto não ter sido encontrada nenhuma correlação entre o desempenho muscular e o VEF₁.

Rocha et al (2017), acrescentam outras variáveis ao seu estudo, comparativamente ao estudo realizado por Silva et al (2017), e avaliam a relação da mobilidade diafragmática com a função pulmonar, força muscular respiratória, dispneia e atividade física na vida diária, em indivíduos com DPOC. Concluem que a mobilidade diafragmática está relacionada com a obstrução das vias aéreas, com a hiperinsuflação pulmonar, capacidade ventilatórias e percepção de dispneia, não evidenciado qualquer relação com a atividade física na vida diária dos indivíduos com DPOC.

Silva et al (2017), encontram-se em concordância com diversos autores quando salientam a necessidade da integração dos indivíduos com DPOC em programas de reabilitação que permitam melhorar a sua qualidade de vida.

Costa et al (2014), realizaram um estudo em que verificaram uma melhoria na qualidade de vida, na força muscular e na capacidade de exercício, após a aplicação de um programa de reabilitação respiratória.

Em conformidade, Zanchet, Viegas & Lima (2005), concluíram no seu estudo que a reabilitação respiratória consegue quebrar com o ciclo vicioso da DPOC, permitindo a melhoria da qualidade de vida e da capacidade funcional dos indivíduos com DPOC.

A orientação dos indivíduos sedentários na adoção de um estilo de vida mais ativo, para enfrentar as comorbidades fisiológicas e funcionais causadas pela DPOC é salientado por Silva et al (2017). A Ordem dos Enfermeiros (2018), revela o exercício físico como o pilar da reabilitação respiratória, em indivíduos com DPOC que apresentem intolerância ao esforço, dispneia, fadiga e limitação na realização das atividades de vida.

Analogicamente, Kang, Steele, Burr & Dougherty (2018) indicam que programas de reabilitação que englobam o treino de exercício, permitem às pessoas com DPOC uma melhor gestão da sua doença, através da melhoria do desempenho no exercício, na realização das atividades de vida diária, na dispneia, na exacerbação da doença e na qualidade de vida.

Zanchet, Viegas & Lima (2005), destacam ainda a importância de o programa de reabilitação respiratória de cada indivíduo ser um programa bem direcionado, desenhado individualmente e personalizado, o que vai de encontro com o que Silva et al (2017) pretendem, quando indicam a necessidade de programas de reabilitação individualizados.

Neste sentido, McDonald, Roberts & Inder (2018), recomendam uma avaliação multidimensional e multidisciplinar do indivíduo com doença respiratória crónica, antes do início de um programa de reabilitação respiratória, que permita a prestação de cuidados adequados às características do indivíduo. Indicam, ainda, que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, são os profissionais que possuem um conjunto único de habilidades e conhecimentos especializados, que permitem a prestação de cuidados de qualidade centrados na pessoa, que vão de encontro às necessidades da mesma e aos objetivos delineados para o programa de reabilitação personalizado estabelecido.

Referências Bibliográficas

- Ambrozini, A. R. P., Paschoal, A. M. J., Raquel, D. F. S., Borges, J. B. C., & Quitério, R. B. (2013). Associação do treinamento resistido e aeróbico em pacientes com doença pulmonar crônica. *Terapia Manual*, 11(53), 327-332.
- Costa, C. C., Leita, B. S., Canterle, D. B., Souza, R. M., Machado, M. L., & Teixeira, P. J. Z. (2014). Análise da força, qualidade de vida e tolerância ao exercício na doença pulmonar crônica. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 22(2), 27-35.
- Dourado, V. Z. & Godoy, I. (2004). Recondicionamento muscular na DPOC: principais intervenções e novas tendências. *Revista Brasileira de Medicina no Esporte*, 10 (4). 331-334.
- Kang, Y., Steele, B. G., Burr, R. L., & Dougherty, C. M. (2018). Mortality in advanced chronic obstructive pulmonary disease and heart failure following cardiopulmonary rehabilitation. *Biological Research for Nursing*, 20(4), 429-439.
- Laizo, A. (2009). Doença pulmonar obstrutiva crônica – uma revisão. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XV (6), 1157-1166.
- McDonald, V. M., Roberts, M., & Inder, K. (2018). The respiratory nurse in pulmonary rehabilitation. In E. Clini, A. E. Holland, F. Pitta, & T. Troosters (Editores), *Textbook of pulmonary rehabilitation* (pp.183-194). Cham: Springer International Publishing.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia orientador de boa prática – Reabilitação respiratória*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pasqualoto, A. S., Schumacher, P. H., Dumke, A., Winkelmann, E. R., & Bittencourt, D. C. (2009). Estudo do grau de dispneia nas atividades de vida diária e a utilização de técnicas de conservação de energia nos portadores da DPOC. *Revista Contexto & Saúde*, 8(16), 59-66.
- Rocha, F. R., Brüggemann, A. K. V., Francisco, D. S., Medeiros, C. S., Rosal, D. & Paulin, E. (2017). Relação da mobilidade diafragmática com função pulmonar, força muscular respiratória, dispneia e atividade física de vida diária em pacientes com DPOC. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 43 (1), 32-37.

- Sagrillo, L.M., Meereis, E.C.W., Gonçalves, M.P. (2016). Programa de treinamento muscular em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica grave. *Acta Fisiátrica*, 23 (3).145-149. DOI: 10.5935/0104-7795.20160028
- Silva, C. S., Nogueira, F. R., Porto, E. F., Gazzotti, M. R., Nascimento, O. A., Camelier, A., & Jardim, J. R. (2015). Dynamic hyperinflation during activities of daily living in COPD patients. *Chronic Respiratory Disease*, 12(3). 189-196.
- Silva, K. R., Marrara, K. T., Marino, D. M., Di Lorenzo, V. A. P. & Jamami, M. (2008). Fraqueza muscular esquelética e intolerância ao exercício em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12 (3), 169-175.
- Zanchet, R. C., Viegas, C. A. A., & Lima, T. (2005). A eficácia da reabilitação pulmonar na capacidade de exercício, força da musculatura inspiratória e qualidade de vida de portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista Brasileira de Pneumologia*, 31(2), 118-124.

**Apêndice IX – Apresentação da recensão
crítica de artigo**

RECENSÃO CRÍTICA
**ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA E PRESENÇA DE DISPNEIA EM
INDIVÍDUOS COM DPOC**
(SILVA ET AL, 2017)

LISBOA, JANEIRO DE 2019

➔ **SÍNTESE DO ARTIGO**

- INTRODUÇÃO
- MATERIAL E MÉTODOS
- RESULTADOS
- DISCUSSÃO
- CONCLUSÃO

➔ **ANÁLISE CRÍTICA**



INTRODUÇÃO

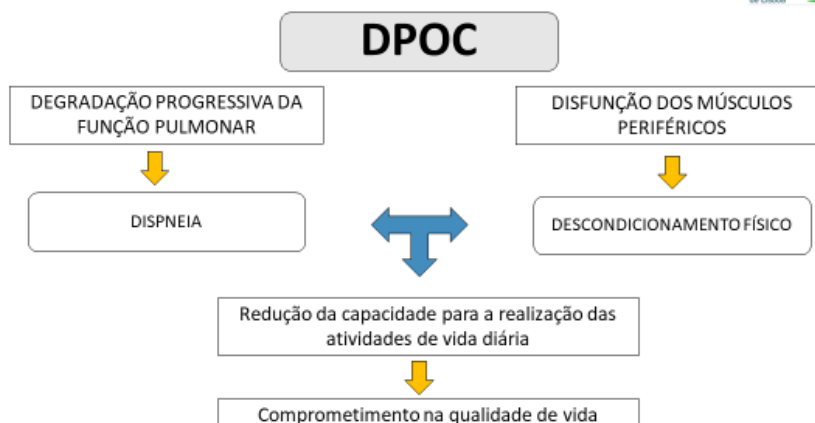
Doença respiratória comum, prevenível e tratável,
caracterizada pela obstrução crónica do fluxo aéreo,
geralmente progressiva.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2013) e Costa, Rufino, Lapa e Silva (2009)

Em 2010 existiam 384 milhões de pessoas com
DPOC. Esta é a 4ª causa de morte mundialmente,
mas projeta-se que será a 3ª maior causa de
morte em 2020. (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2019)

DPOC

INTRODUÇÃO



Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2004), O'donnell (2006) e Veloso e Jardim (2006)

INTRODUÇÃO



Avaliar as limitações na realização das atividades de vida diária na pessoa com DPOC, relacionar com o nível de dispneia e com a capacidade para a realização de atividade física.



OBJETIVO DO ESTUDO

Silva, 2017

MATERIAL E MÉTODOS

60 pessoas com DPOC

33 do sexo feminino e 27 do sexo masculino

Média de idade 66,9 ± 9,7 anos

Prova de Função Pulmonar: Obstrução ao fluxo aéreo moderada, grave e muito grave

Excluídos: Pessoas com obstrução ao fluxo aéreo leve e que apresentaram exacerbações nos últimos 6 meses.

Responderam de forma individual e independente aos seguintes questionários:

LCADL (Escala London Chest Activity of Daily Living) – para avaliar o compromisso na realização das atividades de vida diária;

IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física) – para avaliar a duração da atividade física, a frequência, intensidade e o tipo de atividade;

MMRC (Escala Modified Medical Research Council) – para avaliar o grau de dispneia

Amostra Não Probabilística Intencional

Estudo Observacional Transversal

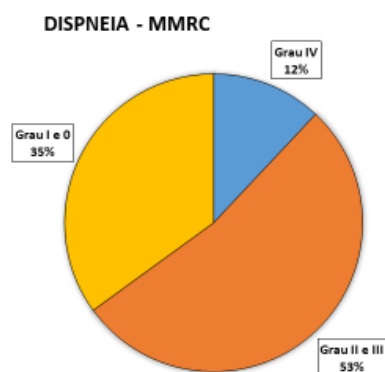
Silva, 2017

RESULTADOS



Silva, 2017

RESULTADOS



Relação entre o compromisso na realização das atividades de vida diária e a sensação de dispneia



As limitações nas atividades de vida diária crescem significativamente à medida que a sensação de dispneia aumenta

Relação entre o nível da atividade física e a sensação de dispneia



Quanto maior o nível da atividade física menor a sensação de dispneia

Silva, 2017

DISCUSSÃO

A evolução gradual da doença tem tradução na perda da capacidade funcional, comprometendo a realização das atividades de vida diária.

Velloso e Jardim (2006), Simon et al (2011) e Miranda, Malaguti e Corso (2011)

A intolerância ao exercício vai-se tornando mais evidente consoante as manifestações sistêmicas e pulmonares se instalam.

Polkey e Rabe (2009) e Hernandez et al (2009)

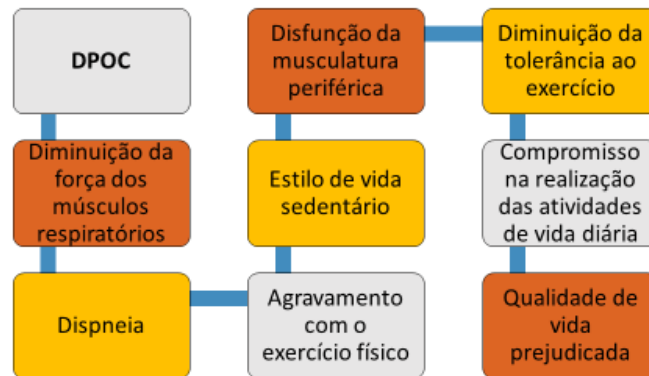
CONCLUSÃO

Pessoas que apresentam maior comprometimento na realização das atividades de vida, são as que relatam maiores graus de dispneia e que consequentemente se revelaram mais inativos.

Revela-se a necessidade de programas de reabilitação individualizados, que melhorem a qualidade de vida

Silva, 2017

ANÁLISE CRÍTICA



Dourado e Godoy (2004), Laizo (2009), Pasquoloto, Schumacher, Dumile, Winkelmann e Bittencourt (2009), Ambrozini, Paschoal, Raquel, Borges e Quintário (2013), Silva et al (2015) e Sagrillo, Meireles e Gonçalves (2016).

ANÁLISE CRÍTICA

Para a operacionalização do estudo Silva et al (2017), selecionaram pessoas que na prova de função pulmonar apresentaram uma obstrução ao fluxo aéreo moderada, grave e muito grave, excluindo aqueles que apenas apresentavam uma obstrução leve.

Estudo de Silva, Marrara, Marino, Di Lorenzo e Jamami (2008)



Pessoas com DPOC demonstram maior fraqueza muscular inspiratória e periférica e menor capacidade funcional comparativamente a pessoas saudáveis

Obstrução das vias aéreas não é um bom preditor para avaliar a capacidade física e muscular das pessoas com DPOC, visto não ter sido encontrada nenhuma correlação entre o desempenho muscular e o VEF₁.

ANÁLISE CRÍTICA

Estudo de Rocha et al (2017)



Avaliam a relação da mobilidade diafragmática com a função pulmonar, força muscular respiratória, dispneia e atividade física na vida diária, em pessoas com DPOC.



Concluem que a mobilidade diafragmática está relacionada com a obstrução das vias aéreas, com a hiperinsuflação pulmonar, capacidade ventilatórias e percepção de dispneia, não evidenciado qualquer relação com a atividade física na vida diária das pessoas com DPOC.

ANÁLISE CRÍTICA

Silva et al (2017), encontram-se em concordância com diversos autores quando salientam a necessidade de integração dos indivíduos com DPOC em programas de reabilitação que permitam melhorar a sua qualidade de vida.

Estudo de Costa et al (2014)

Verificaram uma melhoria na qualidade de vida, na força muscular e na capacidade de exercício, após a aplicação de um programa de reabilitação respiratória.

Estudo de Zanchet, Viegas e Lima (2005)

Concluíram que a reabilitação respiratória consegue quebrar com o ciclo vicioso da DPOC, permitindo a melhoria da qualidade de vida e da capacidade funcional das pessoas com DPOC.

ANÁLISE CRÍTICA

Zanchet, Viegas e Lima (2005)

Destacam ainda a importância de o programa de reabilitação de cada indivíduo ser um programa bem direcionado, desenhado individualmente e personalizado.



Vai de encontro com o que Silva et al (2017) pretendem, quando indicam a necessidade de programas de reabilitação individualizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ambrozini, A.R.P., Paschoal, A.M.J., Raquel, D.F.S., Borges, J.B.C., Quintão, R.B. (2013). Associação do treinamento resistido e aeróbico em pacientes com doença pulmonar crônica. *Ter. Mon*, 11 (53). 327-332.
- Costa, C.C., Leite, B.S., Canterle, D.B., Souza, R.M., Machado, M.L., Teixeira, P.J.Z. (2014). Análise da força, qualidade de vida e tolerância ao exercício na doença pulmonar crônica. *R. Bras. Ci. e Mov*, 22 (2). 27-35.
- Dourado, V.Z., Godoy, I. (2004). Recondicionamento Muscular na DPOC: principais intervenções e novas tendências. *Revista Brasileira de Medicina no Esporte*, 10 (4). 331-334.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2019). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Report 2019.
- Laizo, A. (2009). Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – uma revisão. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XV (6). 1157-1166.
- Pasqualoto, A.S., Schumacher, P.H., Dumile, A., Winkelmann, E.R., Bittencourt, D.C. (2009). Estudo do grau de dispneia nas atividades de vida diária e a utilização de técnicas de conservação de energia nos portadores da DPOC. *Revista Contexto & Saúde*, 8 (16). 59-66.
- Rocha, F.R., Brüggemann, A.K.V., Francisco, D.S., Medeiros, C.S., Rosal, D., Paulin, E. (2017). Relação da mobilidade diafragmática com função pulmonar, força muscular respiratória, dispneia e atividade física de vida diária em pacientes com DPOC. *Journal Brasileiro de Pneumologia*, 43 (1). 32-37.
- Sagrillo, L.M., Meireis, E.C.W., Gonçalves, M.P. (2016). Programa de treinamento muscular em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica grave. *Acta Fisiológica*, 23 (3). 145-149. DOI: 10.5935/0104-7795.20160028
- Silva, C.S., Nogueira, F.R., Porto, E.F., Gazzotti, M.R., Nascimento, O.A., Camellar, A., Jardim, J.R. (2015). Dynamic hyperinflation during activities of daily living in COPD patients. *Chronic Respiratory Disease*, 12 (3). 189-196.
- Silva, K.R., Marrara, K.T., Marino, D.M., Di Lorenzo, V.A.P., Jamami, M. (2008). Fraqueza muscular esquelética e intolerância ao exercício em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12 (3). 169-175.
- Silva, C.D.A., Nogueira, D.M., Silva, L.J.O., Leon, E.B., Gonçalves, R.L., Sanchez, F.F. (2017). Atividades de Vida Diária e Presença de Dispneia em Indivíduos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. *Revista Inspirar Movimento & Saúde*, 14 (4). 38-42.
- Zanchet, R.C., Viegas, C.A.A., Lima, T. (2005). A eficácia da reabilitação pulmonar na capacidade de exercício, força da musculatura inspiratória e qualidade de vida de portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista Brasileira de Pneumologia*, 31 (2). 118-124.

Apêndice X – Estudo de caso ECCI



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa

Submetida a Lobectomia

Unidade de Cuidados na Comunidade

Ana Sofia Pinto Santana nº 8368

Lisboa
Novembro de 2018





ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa

Submetida a Lobectomia

Unidade de Cuidados na Comunidade

Ana Sofia Pinto Santana nº 8368

Docente Orientadora: Professora Doutora Maria Fátima Marques
Enfermeira Orientadora: F.M.

Lisboa
Novembro de 2018



ÍNDICE

1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO	5
2. COLHEITA DE DADOS.....	8
3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	11
4. AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO	18
5. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	21
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

ANEXO I – Escala de Borg Modificada (Avaliação da Dispneia)

ANEXO II – Medical Research Council Muscle Scale

ANEXO III – Escala de Ashworth Modificada

ANEXO IV – Escala de Berg

ANEXO V – Índice de Barthel

ANEXO VI – Medida de Independência Funcional

ANEXO VII – Escala de Braden

ANEXO VIII – Escala de Borg Modificada (Avaliação da Percepção Subjetiva ao Esforço)

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Antecedentes Pessoais

QUADRO 2 – Parâmetros Vitais

QUADRO 3 – Avaliação Subjetiva da Função Respiratória

QUADRO 4 – Avaliação Objetiva da Função Respiratória

QUADRO 5 – Avaliação dos Pares Cranianos

QUADRO 6 – Avaliação da Força Muscular

QUADRO 7 – Avaliação da Coordenação Motora

QUADRO 8 – Plano de Cuidados

1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

Perspetivando o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, foi elaborado um estudo de caso em contexto de UCC na ECCI.

O Sr. JC apresentava queixas de fadiga e tosse persistente. Recorreu ao médico de família, que prescreveu alguns exames complementares, entre os quais TAC tórax, que revelou uma massa no lobo superior esquerdo. Sendo que, após a realização de uma biópsia pulmonar transtorácica e posteriormente de uma Tomografia por Emissão de Positrões (PET), foi diagnosticado com adenocarcinoma do pulmão e adenopatias mediastínicas em estadio IIB.

Tinha hábitos tabágicos, que cessou aquando do internamento para realizar a cirúrgica de ressecção pulmonar. Foi submetido a lobectomia superior esquerda com ressecção de 3 arcos costais e esvaziamento ganglionar do mediastino por toracotomia e, posteriormente realizou quimioterapia adjuvante.

Atualmente, apresenta queixas de dispneia e cansaço ao esforço, diminuição da força muscular generalizada e intolerância à atividade.

O cancro do pulmão é considerado um problema grave de saúde pública, devido à sua considerável incidência e alta taxa de mortalidade. Atualmente, é a forma de cancro mais comum, representando mundialmente 11,6% de todos os cancros e ocupa o primeiro lugar no que respeita a mortalidade com 18,4% (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2018).

Pode ser classificado em dois tipos, o cancro do pulmão de pequenas células e o cancro do pulmão de não pequenas células. Este último é o mais comum, cerca de 85% dos casos, e a sua taxa de sobrevivência é consideravelmente melhor do que a do cancro de pequenas células. O cancro do pulmão de não pequenas células divide-se em adenocarcinoma, carcinoma de células escamosas e carcinoma de células grandes, sendo o adenocarcinoma responsável por 50% dos casos existentes (Araújo, Sarri, Bonateli & Silveira, 2018; Cavalheri, Tahirah, Nonoyama, Jenkins & Hill, 2014; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Apesar de poder surgir de um modo assintomático, quando sintomático é possível identificar diversos sintomas, entre os quais, tosse, expetoração, hemoptise, dispneia, fadiga e dor torácica (Araújo et al, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O tabagismo é o principal fator de risco para o cancro do pulmão, sendo que a probabilidade de o fumador desenvolver cancro do pulmão é 15 a 30 vezes maior do que nos não fumadores (Direção Geral de Saúde, 2013; Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2018).

A cessação tabágica para além de ser muito importante na população em geral, é fundamental nas pessoas após o diagnóstico de cancro do pulmão, pois os carcinogénicos do fumo do cigarro podem atuar como causadores da progressão da doença. Para além disso, a cessação tabágica em pessoas com cancro do pulmão pode ter inúmeros benefícios como, recuperação pós cirúrgica mais rápida, melhor prognóstico, menores taxas de recidiva, melhor resposta à quimioterapia e com menos complicações, menor mortalidade e melhor qualidade de vida (Hasmucrai & Sotto-Mayor, 2015; Linhas, Dias & Barroso, 2018).

Nas pessoas diagnosticadas com cancro do pulmão de não pequenas células em estadios I e II, a cirurgia com intuito curativo é a terapêutica preferencial. É realizada a ressecção do tumor, por pneumectomia ou lobectomia, sendo indispensável a linfadenectomia mediastínica completa (Direção Geral de Saúde, 2013; Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2018). Nos cancros do pulmão em estadio II, é ainda recomendado a realização de quimioterapia adjuvante pós cirurgia (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2018). Aponta-se uma sobrevida aos cinco anos de 30 a 50%, para as pessoas submetidas a ressecção tumoral em estadio II (Alves & Garrido, 2015).

O cancro do pulmão para além de conduzir a uma debilidade física evidente, provoca sintomas como a dispneia e a fadiga, que por sua vez conduzem à adoção de um estilo de vida sedentário e, conseqüentemente, a um agravamento da capacidade para o exercício pelo descondicionamento músculo-esquelético e cardiovascular subjacente, resultando numa qualidade de vida prejudicada (Cavalheri et al, 2014).

Por sua vez, a cirurgia de ressecção do tumor diminui substancialmente a função pulmonar e os tratamentos de quimioterapia agravam o descondicionamento, uma vez que reduzem ainda mais a capacidade de fornecer e utilizar o oxigénio durante o exercício, contribuindo para a intolerância ao mesmo (Cavalheri et al, 2014).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação, que se encontram extremamente estudados para os doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica, têm vindo a

alcançar uma particular importância nos doentes com cancro do pulmão, devido à semelhança de sintomas com os doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Estudos demonstram que o treino de exercício pode ser realizado com segurança por pessoas com cancro do pulmão de não pequenas células, depois da ressecção pulmonar, contribuindo para benefícios na capacidade de exercício e na qualidade de vida (Granger, McDonald, Berney, Chao & Denehy, 2011; Cavalheri et al, 2014). Para além do treino de exercício, os cuidados de enfermagem de reabilitação devem abranger na sua abordagem, os exercícios respiratórios, as técnicas de relaxamento e mudança comportamental, perspetivando a melhoria da função pulmonar e da qualidade de vida (Crandall, Manguire, Campbell & Kearney, 2014; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

2. COLHEITA DE DADOS

Identificação do Utente

Nome: JC

Idade: 57 anos

Género: Masculino

Escolaridade: 9º ano

Profissão: “Operador de computador” (sic) num escritório de contabilidade

Estado: Reformado

Estado Civil: Solteiro

Agregado Familiar: Irmã, Cunhado e Sobrinho

Pessoa significativa: Irmã

Morada: [REDACTED] ([REDACTED])

História Clínica Atual

O Sr. JC apresentava queixas de fadiga e tosse persistente. Recorreu ao médico de família, que prescreveu alguns exames complementares, entre os quais TAC tórax, que revelou uma massa no lobo superior esquerdo. Sendo que, após a realização de uma biópsia pulmonar transtorácica e posteriormente de uma Tomografia por Emissão de Positrões (PET), foi diagnosticado com adenocarcinoma do pulmão (estadio IIB) e adenopatias mediastínicas.

No dia 26.04.18, o Sr. JC foi submetido a lobectomia superior esquerda com ressecção de 3 arcos costais e esvaziamento ganglionar do mediastino por toracotomia.

No pós-operatório, enquanto se encontrava internado no serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Pulido Valente, teve dois episódios distintos de pneumonia nosocomial (num foi isolada *Haemophilus Influenza* produtora de beta-lactamases e noutro *Klebsiella Pneumoniae*, ambas nas secreções brônquicas), fez ABO dirigida,

teve necessidade de ventilação mecânica invasiva e internamento na UCIR (Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios) do [REDACTED]. Teve, também, um episódio de FA com RVR, que reverteu com a terapêutica instituída.

Teve alta hospitalar a 08.06.18 e realizou QT em ambulatório desde 28.06.18 até 13.09.18.

Antecedentes Pessoais

• Ex-fumador (iniciou consumo tabágico aos 14 anos e cessou aos 56 anos) de 42 UMA (Unidade Maço Ano);
• DPOC tabágica;
• Hipoacusia bilateral, por otites de repetição na infância (tem prótese auditiva bilateral);
• Insuficiência venosa crônica dos membros inferiores com dermatite de estase;
• Doença de Dupuytren;
• Sem alergias conhecidas a medicamentos e/ou alimentos.

Quadro 1 – Antecedentes Pessoais

Terapêutica Atual

Daflon 500mg (2x/dia), Metabol 1229,6mg (1x/dia), Maltofer 100mg (1x/dia), Escitalopram 10mg (1x/dia).

História Social, Familiar e Económica

O Sr. JC era autónomo previamente ao internamento e vivia com a mãe num apartamento em [REDACTED] ([REDACTED]), até esta falecer em janeiro de 2018. Depois de a mãe falecer ficou a viver sozinho nesse mesmo apartamento, no entanto como toda a vida viveu com a mãe e era esta quem cozinhava e tratava da higiene da roupa e da casa, a sua alimentação passou a ser fornecida pela Paróquia do [REDACTED] e a higiene do vestuário e da casa pela sua irmã. Este apartamento possui barreiras arquitetónicas no acesso (3º andar sem elevador).

Após internamento, necessitava de auxílio e supervisão na realização das atividades de vida diária, pelo que teve alta clínica e foi morar com a irmã, o cunhado e o sobrinho, para [REDACTED].

A habitação em [REDACTED] é um apartamento, 3º andar com elevador, que pertencia aos pais do Sr. JC. A irmã do Sr. JC encontra-se a viver temporariamente neste apartamento, com a sua família, para que a sua habitação tenha obras de remodelação. O interior do apartamento, apesar de apresentar boas condições de higiene, apresenta caixas dispersas por todas as divisões da casa (devido à mudança temporária, tanto do Sr. JC, como da sua irmã e família), que apesar de não condicionarem a passagem, reduzem grandemente o espaço disponível para circular. Tem casa de banho com polibã e chuveiro flexível, e lavatório com espelho ao nível do tronco, em posição de sentado.

O Sr. J.C. é reformado desde os 50 anos, por incapacidade devido à doença que lhe foi diagnosticada, doença de Dupuytren. A sua irmã e o seu cunhado encontram-se ambos desempregados e referem estar a viver de poupanças.

Motivo de Referência

O Sr. JC foi referenciado para ECCL, pelo hospital, porque necessitava de ajuda, supervisão e ensinamentos sobre a realização das atividades de autocuidado, apoio no processo da gestão da terapêutica, reabilitação funcional respiratória, reabilitação funcional motora e ensinamentos sobre gestão do esforço.

Foi admitido em ECCL a 12.06.18. O meu primeiro contacto com o Sr. JC foi a 01.10.18, no qual iniciei a minha avaliação de enfermagem de reabilitação, sendo que nesse momento o Sr. JC encontrava-se referenciado para UMDR da RNCCI, para fortalecimento muscular global e aumento da tolerância ao esforço, cujo principal objetivo é recuperar a autonomia prévia e regressar à sua habitação própria (em [REDACTED]).

3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Parâmetros Vitais

Temperatura	36,5° C
Tensão Arterial	130/70 mmHg
Frequência Cardíaca	70 bpm
Frequência Respiratória	23 cpm
Saturações Periféricas de Oxigênio	94%
Dor	Dor 0

Quadro 2 – Parâmetros Vitais

Avaliação da Função Respiratória

Avaliação Subjetiva	
Tosse	Eficaz
Expetoração	Ausente
Dispneia	Dispneia a esforços (score 3) – Avaliação da Dispneia pela Escala de Borg Modificada (Anexo I).
Toracalgia	Sem dor

Quadro 3 – Avaliação Subjetiva da Função Respiratória

Avaliação Objetiva	
Inspeção	Pele e mucosas descoradas e hidratadas. Não apresenta cianose, nem hipocratismo digital. Sem edemas.
Inspeção torácica estática	Tórax simétrico. Sistema muscular pouco desenvolvido.
Inspeção torácica dinâmica	Ritmo respiratório regular. Padrão respiratório misto. Amplitude superficial. Sem sinais de tiragem.
Palpação	Traqueia ao nível da linha média. Expansibilidade torácica mantida. Sem lesões cutâneas ou tumefações.
Percussão	Claro pulmonar mantido.
Auscultação	Murmúrio vesicular mantido bilateralmente. Ausência de ruídos adventícios.
Abdômen	Depressível e indolor à palpação.

Quadro 4 – Avaliação Objetiva da Função Respiratória

Estado de orientação – Orientado autopsiquicamente e alopsiquicamente.

Atenção – Sem alterações na concentração, viglância (capacidade de a qualquer momento desviar a atenção de um objeto para outro) e tenacidade (capacidade de manter a atenção num objeto durante um determinado tempo).

Memória – Sem alterações na memória imediata e recente (solicitou-se a memorização de três palavras não relacionadas, com repetição imediata e após dez minutos; questionou-se sobre o que tinha comido ao jantar do dia anterior), nem na memória remota (referiu o nome da escola que frequentou).

Linguagem – Apresenta um discurso fluente e compreensão mantida.

Avaliação dos Pares Cranianos

Relativamente à avaliação dos pares cranianos constata-se que o Sr. JC tem alteração do par craniano VIII, por apresentar diminuição da acuidade auditiva bilateralmente e alteração do par craniano XI, por apresentar diminuição da força ao nível do ombro esquerdo (ver avaliação da força muscular). Restantes pares cranianos sem alterações.

I – Olfativo	Sem alteração do olfato (perguntou-se ao utente se lhe cheirava a alguma coisa e que identifica-se o cheiro pelo nome (utilizou-se perfume).
II – Ótico	Sem alteração nos campos visuais (pediu-se ao utente para fechar um dos olhos e fixar a visão do olho aberto; de seguida deslocou-se um dedo para a periferia do campo visual do olho aberto e questionou-se o utente sobre até onde conseguia ver. Não apresenta amaurose, ambliopia, cegueira, escotomas, hemianopsia ou quadrantopsia.
III – Motor Ocular Comum IV – Patético VI – Motor Ocular Externo	Sem alterações nos movimentos extraoculares (solicitou-se ao utente que com a cabeça imóvel seguisse um objeto em todos os campos de visão).

	<p>Sem alterações no movimento conjugado dos olhos (pediu-se ao utente para olhar para um ponto mais afastado quanto possível, de ambos os lados, para cima e para baixo e na diagonal).</p> <p>Apresenta midríase reativa à luz, de forma redonda e simétrica (isocoria).</p> <p>Ausência de diplopia, estrabismo, nistagmo e ptose palpebral.</p>
V – Trigémio	<p>Sem alterações da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa da face.</p> <p>Reflexo córneo-palpebral bilateral mantido (realizou um pequeno toque com a ponta de uma compressa na superfície da córnea).</p> <p>Sem alteração nos movimentos mastigatórios. O utente consegue encerrar e mover a mandíbula bilateralmente.</p>
VII – Facial	<p>Apresenta simetria facial (pediu-se ao utente para sorrir, franzir o sobrolho encerrando firmemente as pálpebras).</p> <p>Reconhece os sabores doce, salgado e amargo nos 2/3 anteriores da língua.</p>
VIII – Vestibulococlear	<p>Apresenta diminuição da acuidade auditiva bilateralmente.</p> <p>Sem alterações no equilíbrio estático e dinâmico.</p> <p>Foi realizado o teste de Romberg (foi pedido ao utente que permanece em pé com os pés juntos, mãos ao lado do corpo e olhos fechados, durante 1 minuto).</p> <p>Foi realizado o teste de Babinski-Weill (foi pedido ao utente que, de olhos fechados, desse passos alternadamente para a frente e para trás, procurando manter-se em linha reta).</p>
IX – Glossofaríngeo	<p>Reconhece os sabores doce, salgado e amargo no 1/3 anterior da língua.</p>
X – Vago	<p>Presença de reflexo do vômito (testado tocando na porção posterior da língua com uma espátula).</p> <p>Sem alterações no tom de voz e sem presença de ronquidão ou tosse.</p>
XI - Espinhal	<p>Movimento ao nível da cabeça sem alterações e movimento dos ombros com diminuição da força à esquerda (foi testado exercendo alguma resistência e solicitando contração muscular e movimento ao nível da cabeça e dos ombros).</p>

XII – Grande Hipoglosso	Ausência de desvios ou tremores da língua. Diferentes movimentos da língua sem alterações.
--------------------------------	--

Quadro 5 – Avaliação dos Pares Cranianos

Avaliação da Força Muscular (Medical Research Council Muscle Scale) (Anexo II)

Relativamente à força muscular verifica-se que o Sr. JC apresenta movimentos contra a gravidade, mas não vence a resistência ao nível da escapulo umeral do membro superior esquerdo, apresenta movimentos ativos contra a gravidade e resistência, mas com força menor que o esperado ao nível de ambos os membros inferiores, e ao nível do 4º e 5º dedos de ambas as mãos não tem movimentos possíveis, devido à doença de Dupuytren.

Segmentos		Movimentos	Direito (Grau)	Esquerdo (Grau)
Cabeça e Pescoço		Flexão	5	
		Extensão	5	
		Rotação	5	
Membros Superiores	Dedos (4º e 5º dedos de ambas as mãos com score 0, devido à doença de Dupuytren)	Flexão	5	5
		Extensão	5	5
		Abdução	5	5
		Adução	5	5
		Circundação	5	5
		Oponência do Polegar	5	5
	Punho	Flexão	5	5
		Extensão	5	5
		Desvio Radial	5	5
		Desvio Cubital	5	5
		Circundação	5	5
	Antebraço	Pronação	5	5
		Supinação	5	5
	Cotovelo	Flexão	5	5
		Extensão	5	5

	Escapulo umeral	Flexão	5	3
		Extensão	5	3
		Abdução	5	3
		Adução	5	3
		Rotação interna	5	3
		Rotação externa	5	3
		Elevação	5	3
		Depressão	5	3
Membros Inferiores	Dedos	Flexão	4	4
		Extensão	4	4
		Abdução	4	4
		Adução	4	4
	Tibiotársica	Flexão plantar	4	4
		Flexão dorsal	4	4
		Eversão	4	4
		Inversão	4	4
	Joelho	Flexão	4	4
		Extensão	4	4
	Coxo femural	Flexão	4	4
		Extensão	4	4
		Abdução	4	4
		Adução	4	4
		Rotação interna	4	4
		Rotação externa	4	4

Quadro 6 – Avaliação da Força Muscular

Avaliação do Tónus Muscular

Foi realizada a avaliação do tónus muscular utilizando a Escala de Ashworth Modificada (Anexo III). Avaliou-se o tónus muscular em todos os movimentos dos segmentos corporais, através da mobilização passiva dos mesmos. Não existe aumento do tónus muscular (score 0) em nenhum segmento corporal.

Avaliação da Coordenação Motora

Sem alterações na coordenação motora. Foram realizadas as seguintes provas:

Prova Índex-Nariz	Com o membro superior estendido, conduziu a ponta do dedo indicador à ponta do nariz.
Prova dos Movimentos Alternados	Realizou movimentos rápidos e alternados de supinação e pronação e de flexão e extensão da tibiotársica.
Prova Calcanhar-Joelho	Com o calcanhar percorreu o trajeto da tíbia do lado oposto.

Quadro 7 – Avaliação da Coordenação Motora

Avaliação da Sensibilidade

Sensibilidade Superficial

- **Tátil** – Mantida (foi avaliada realizando uma leve fricção com um pedaço de algodão e pedindo ao utente que reconheça e localize o estímulo).
- **Dolorosa** – Mantida (foi avaliada pressionando um dos dedos ao longo da cutícula e questionando o utente se o estímulo dói bilateralmente de igual forma).
- **Térmica** – Mantida (foi avaliada com dois copos, um contendo água fria e outro contendo água quente, e questionando o utente se consegue identificar a diferença de temperatura e classificá-la).

Sensibilidade Profunda

- **Postural** – Mantida (foi mobilizado um dos membros e pedido ao utente que, de olhos fechados, identifique a posição em que o membro se encontra).
- **Vibratória** – Não avaliada, por inexistência de diapasão.

Avaliação do Equilíbrio

Foi realizada a avaliação do equilíbrio utilizando a Escala de Berg (Anexo IV). Apresenta uma pontuação total de 51 e, portanto, um bom equilíbrio, não existindo risco de queda, sendo a locomoção segura.

Avaliação Funcional

Para a avaliação funcional do Sr. JC foi realizada a aplicação do Índice de Barthel (Anexo V) e da Medida de Independência Funcional (Anexo VI).

O Índice de Barthel avalia o potencial funcional do indivíduo e mede o nível de independência em 10 atividades de autocuidado. O Sr. JC tem uma pontuação total de 100, o que indica que é independente.

A Medida de Independência Funcional também permite diagnosticar o grau de capacidade / incapacidade funcional do indivíduo, avaliando o seu desempenho na realização de determinadas tarefas motoras e cognitivas de vida diária. O Sr. JC apresenta uma pontuação total de 124, indicando uma independência completa.

4. AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

O referencial teórico em que me sustentei para a execução deste estudo de caso foi a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem (2001), neste sentido toda a apreciação que realizei está de acordo com os requisitos de autocuidado a que a teórica se refere.

Requisitos de Autocuidado Universais

Manutenção de Inspiração de Ar Suficiente

O Sr. JC encontra-se eupneico em repouso (frequência respiratória de 23 cpm), com oximetria de pulso de 94% sem aporte de oxigênio. Pele e mucosas descoradas. Padrão respiratório misto, de ritmo regular e de amplitude superficial, com simetria torácica.

Apresenta dispneia a esforços (score 3) – avaliação da Dispneia pela Escala de Borg Modificada (Anexo I).

Atuação do enfermeiro pelo sistema parcialmente compensatório e pelo sistema de apoio e ensino.

Manutenção de Ingestão Suficiente de Água e Alimentos

À observação, o Sr. JC encontra-se emagrecido (não foi possível a avaliação do seu peso) e com diminuição generalizada da massa muscular.

Alimenta-se autonomamente da dieta confeccionada pela irmã, realizando cerca de 3 a 4 refeições por dia, com apetite mantido. Não apresenta restrições alimentares. Ingere cerca de 1L de água por dia.

Promoção dos Cuidados Associados aos Processos de Eliminação

O Sr. JC apresenta continência de esfíncteres vesical e intestinal, sendo independente no uso do wc. Apresenta padrão de eliminação intestinal regular, refere evacuar de 2 em 2 dias, fezes castanhas e moldadas, em moderada quantidade.

Manutenção do Equilíbrio entre a Atividade e o Descanso

Durante o dia, passa a maior parte do tempo sentado no sofá, evitando a atividade, pois apresenta diminuição da tolerância ao esforço (Escala de Borg Modificada para a avaliação da percepção subjetiva ao esforço – Anexo VIII).

Realiza os exercícios do plano de reabilitação estabelecido com empenho e motivação, durante a minha presença. Contudo, apresenta baixa iniciativa para os iniciar e realizar autonomamente noutros momentos.

Apresenta um padrão de sono regular, de cerca de 10h por noite.

Atuação do enfermeiro pelo sistema de apoio e ensino.

Manutenção do Equilíbrio entre a Solidão e a Interação Social

Antes da cirurgia vivia sozinho em habitação própria em [REDACTED] e tinha como rotina, todos os dias, ir beber café à rua, comprar o jornal, caminhar pela rua, encontrar-se com os amigos e ver os jogos do seu clube de futebol no estádio de 15 em 15 dias. Em casa ocupava o tempo a ver televisão ou no computador.

Após a cirurgia foi viver com a irmã, cunhado e sobrinho para [REDACTED], permanecendo maioritariamente ou totalmente em casa e ocupando o tempo a ver televisão e no computador. Refere isolamento social por se encontrar mais confinado ao espaço da sua habitação, devido ao cansaço que sente a esforços e que o impedem de sair de casa.

Atuação do enfermeiro pelo sistema de apoio e ensino.

Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano

O Sr. JC cessou hábitos tabágicos em abril de 2018, aquando do internamento para realizar a cirurgia de Lobectomia. Não tem historial de quedas nos últimos 3 meses. Apresenta pele íntegra e baixo risco de desenvolver úlcera de pressão (aplicou-se a Escala de Braden – Anexo VII).

Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal

Apresenta diminuição da força muscular (Escala Medical Research Council Muscle para avaliação da força muscular – Anexo II) e da tolerância ao esforço (Escala de Borg Modificada para avaliação da percepção subjetiva de esforço – Anexo VIII), o que o impede de retomar as rotinas diárias que tinha e de voltar à sua habitação em Alvalade.

Atuação do enfermeiro pelo sistema de apoio e ensino.

Requisitos de Autocuidado de Desenvolvimento

O Sr. JC, após o internamento para realização da lobectomia, passou a necessitar de supervisão e auxílio na realização das suas atividades de autocuidado, pelo que ficou a residir com a irmã, cunhado e sobrinho. A sua vida social ficou condicionada, pelo facto de se encontrar a residir distanciado das suas referências, amigos e locais que habitualmente frequentava, junto da sua residência.

Requisitos de Autocuidado de Desvio de Saúde

O Sr. JC foi diagnosticado com adenocarcinoma do pulmão e adenopatias mediastínicas, tendo sido submetido a lobectomia superior esquerda com ressecção de 3 arcos costais e esvaziamento ganglionar do mediastino por toracotomia.

Apresenta diminuição da força muscular (Escala Medical Research Council Muscle para avaliação da força muscular – Anexo II), dispneia a esforços (Escala de Borg Modificada para avaliação da dispneia – Anexo I], e consequentemente diminuição da tolerância ao esforço (Escala de Borg Modificada para avaliação da percepção subjetiva de esforço – Anexo VIII), decorrentes da cirurgia e do internamento.

5. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação

De acordo com a avaliação inicial realizada e na sequência da mesma, foram determinados os diagnósticos de enfermagem de reabilitação e efetuado um plano de cuidados, com as intervenções de enfermagem a realizar e respetiva avaliação de resultados. O plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, foi realizado de acordo com o modelo teórico de Dorothea Orem e com recurso à taxonomia CIPE, sendo que, com o intuito facilitador e pela importância na estruturação do meu raciocínio, a etiologia e as manifestações encontram-se referenciadas nos diagnósticos de enfermagem de reabilitação efetuados. De acrescentar, que a taxonomia utilizada foi a CIPE visto ser a utilizada no local de estágio onde foi realizado este estudo de caso.

Os diagnósticos de enfermagem de reabilitação definidos foram:

- Ventilação comprometida [relacionada com lobectomia, manifestada por dispneia ao esforço (Escala de Borg Modificada para avaliação da dispneia – Anexo I)].
- Intolerância à atividade [relacionada com descondicionamento físico, manifestada por diminuição da tolerância ao esforço (Escala de Borg Modificada para avaliação da percepção subjetiva de esforço – Anexo VIII) e diminuição da força muscular (Escala Medical Research Council para avaliação da força muscular – Anexo II)].
- Socialização comprometida [relacionada com diminuição da tolerância ao esforço (Escala de Borg Modificada para avaliação da percepção subjetiva de esforço – Anexo VIII), manifestada por insatisfação com o envolvimento social].

Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Diagnósticos de Enfermagem	Objetivos	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>01.10.18 Ventilação comprometida [relacionada com lobectomia, manifestada por dispneia ao esforço (Escala de Borg Modificada para avaliação da dispneia – Anexo I)]</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> Parcialmente compensatório e de apoio e ensino.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir o trabalho respiratório e o consumo de oxigénio; • Favorecer a expansão torácica e pulmonar; • Fortalecer os músculos respiratórios; 	<p>Ventilação melhorada, com diminuição da dispneia ao esforço (de score 3 para pelo menos score 2), ao fim de 10 dias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Informar o utente sobre o programa e seus objetivos, de modo a que possa participar na sua implementação. – Instruir e treinar posições de descanso e técnicas de relaxamento. – Instruir e treinar a consciencialização, dissociação dos tempos respiratórios e expiração com os lábios semicerrados. – Realizar exercícios de reeducação diafragmática da porção posterior e hemicúpula esquerda (inicialmente sem resistência e posteriormente com resistência) – Realizar exercícios de reeducação costal seletiva antero-lateral esquerda e com abertura costal esquerda e reeducação costal global, com auxílio de um cinto (inicialmente sem 	<p>01.10.18</p> <p><u>Avaliação de sinais vitais:</u> Temperatura: 36,5°C; Tensão Arterial: 130/70 mmHg; Frequência Cardíaca: 70 bpm; Frequência Respiratória: 23 cpm; Saturações Periféricas de Oxigénio: 94%; Dor: 0</p> <p><u>Auscultação:</u> Murmúrio vesicular mantido bilateralmente. Ausência de ruídos adventícios.</p> <p>Aplicada escala de Borg modificada para a avaliação da dispneia (Anexo I): em repouso com score 0 e após o esforço com score 3.</p> <p>03.10.18 e 5.10.18</p> <p>O Sr. JC consegue realizar corretamente a consciencialização, dissociação dos tempos respiratórios e expiração com os lábios semicerrados.</p>

			<p>resistência e posteriormente com resistência).</p> <p>– Validar com o utente os ensinamentos efetuados.</p>	<p>Foram realizados os exercícios de reeducação diafragmática e reeducação costal sem resistências (1 série de 10 repetições para cada exercício).</p> <p>Semana de 8 a 12 de outubro</p> <p>Após as sessões de RFR as saturações periféricas de oxigénio apresentam um aumento para 95-97%.</p> <p>Aplicada escala de Borg modificada para a avaliação da dispneia (Anexo I): em repouso com score 0 e após o esforço com score 2.</p> <p>Semana de 15 a 19 de outubro</p> <p>Os exercícios de reeducação diafragmática e reeducação costal foram realizados com resistência (aumentada progressivamente), através da minha própria mão, ou com recurso a garrafa de água de 0,5L e pacote de arroz 1kg (1 série de 10 repetições para cada exercício).</p> <p>22.10.18</p> <p>Aplicada escala de Borg modificada para a avaliação da dispneia (Anexo I): em repouso com score 0 e após o esforço com score 1.</p>
--	--	--	--	--

<p>01.10.18</p> <p>Intolerância à atividade [relacionada com descondicionamento físico, manifestada por diminuição da tolerância ao esforço (Escala de Borg Modificada para avaliação da percepção subjetiva de esforço – Anexo VIII) e diminuição da força muscular (Escala Medical Research Council para avaliação da força muscular – Anexo II)]</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> Parcialmente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o fortalecimento muscular; • Manter a integridade das estruturas articulares; • Otimizar a tolerância ao esforço; 	<p>Tolerância à atividade melhorada, através do aumento da tolerância ao esforço e aumento da força muscular (ao nível da escapulo umeral esquerda de grau 3 para pelo menos grau 4 e ao nível de ambos os membros inferiores de grau 4 para grau 5) ao fim de 20 dias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Informar o utente sobre o programa de cuidados e seus objetivos, de modo a que possa participar na sua implementação. – Instruir e treinar mobilizações ativas e posteriormente mobilizações ativas resistidas, dos diferentes segmentos corporais em todos os seus movimentos; – Instruir e treinar subir/descer escadas; – Instruir e treinar técnicas de conservação de energia: • Realizar os cuidados de higiene sentado (tomar banho, escovar os dentes, barbear ou pentear-se); • Calçar as meias e os sapatos sentado e colocando o pé em cima da perna oposta; • Utilizar roupas largas (fáceis de vestir) e calçado sem atacadores; • Colocar os utensílios de maior utilização em locais de fácil acesso; 	<p>01.10.18</p> <p>Aplicada escala de Borg modificada para a avaliação da percepção subjetiva ao esforço (Anexo VIII). Foi aplicada em diferentes atividades / intervenções, tendo sido realizado um quadro de avaliação relativamente às mesmas e que é possível ser consultado no Anexo VIII.</p> <p>Aplicada a escala de avaliação da força muscular utilizando a Escala Medical Research Council (Anexo II): ao nível dos 4º e 5º dedos de ambas as mãos – grau 0, ao nível da escapulo umeral esquerda – grau 3 e ao nível de ambos os membros inferiores – grau 4.</p> <p>05.10.18</p> <p>Foram realizadas mobilizações ativas dos diferentes segmentos corporais em todos os seus movimentos (1 série de 10 repetições para cada movimento articular).</p> <p>Semana de 8 a 12 de outubro</p> <p>Realiza as técnicas de conservação de energia no seu dia a dia.</p>
---	--	---	---	--

compensatório e de apoio e ensino.			<ul style="list-style-type: none"> Fazer pausas para descanso durante as atividades. Validar com o utente os ensinios realizados; 	<p>Realizado treino de subir e descer escadas (12 degraus).</p> <p>Semana de 15 a 19 de outubro</p> <p>Foram realizadas mobilizações ativas resistidas dos diferentes segmentos corporais em todos os seus movimentos (1 série de 10 repetições para cada movimento articular).</p> <p>Realizado treino de subir e descer escadas (18 degraus).</p> <p>22.10.18</p> <p>Aplicada escala de Borg modificada para a avaliação da perceção subjetiva ao esforço (Anexo VIII). Foi aplicada em diferentes atividades / intervenções, tendo sido realizado um quadro de avaliação relativamente às mesmas e que é possível ser consultado no Anexo VIII.</p> <p>Aplicada a escala de avaliação da força muscular utilizando a Escala Medical Research Council (Anexo II): ao nível dos 4º e 5º dedos de ambas as mãos – grau 0, ao nível da escapulo umeral esquerda – grau 4 e ao nível de ambos os membros inferiores – grau 4.</p>
------------------------------------	--	--	---	---

<p>01.10.18</p> <p>Socialização comprometida [relacionada com diminuição da tolerância ao esforço (Escala de Borg Modificada para avaliação da percepção subjetiva de esforço – Anexo VIII), manifestada por insatisfação com o envolvimento social]</p> <p><u>Sistema de Enfermagem: Apoio e ensino.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilitar que regresse aos seus hábitos de interação social; • Permitir alcançar satisfação com as suas atividades e vida social; 	<p>Satisfação com o envolvimento social melhorada ao fim de 15 dias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Incentivar a que participe o programa de reabilitação, por forma a aumentar a tolerância ao esforço e às atividades; – Dar reforço positivo durante a realização dos exercícios do plano de reabilitação; – Encontrar estratégias, juntamente com os cuidadores/família, para que consiga uma retomar os seus hábitos de interação social; 	<p>12.10.18</p> <p>Foi visitar a sua casa em [REDACTED], na companhia do seu cunhado e reencontrou algumas pessoas conhecidas.</p> <p>19.10.18</p> <p>O cunhado do Sr. JC levou-o até ao café em [REDACTED] onde este costumava ir para beber café, ler o jornal e conversar com os amigos.</p>
---	---	--	--	---

Quadro 8 – Plano de Cuidados

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As intervenções realizadas e respetiva avaliação permitiram conceder alguma visibilidade ao papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e à importância da aplicação de um plano enfermagem de reabilitação que oriente a sua ação.

Tendo em conta os objetivos definidos em plano de cuidados, foi possível alcançar os seguintes benefícios:

- Melhorar a dispneia ao esforço – passou de um score 3 (01.10.18) para um score 1 (22.10.18) na Escala de Borg Modificada para a avaliação da dispneia (Anexo I);
- Melhorar a tolerância ao esforço – apresentou melhorias em todas as atividades/intervenções avaliadas pela aplicação da Escala de Borg Modificada para a avaliação da perceção subjetiva ao esforço (Anexo IX);
- Melhorar a força muscular – melhorou a força muscular ao nível da escapulo-umeral esquerda, tendo passado de grau 3 (01.10.18) para grau 4 (22.10.18) na Escala Medical Research Council para avaliação da força muscular (Anexo III).
- Os ensinamentos realizados, a comunicação e a relação estabelecida possibilitou que, juntamente com a família, se encontrassem estratégias que permitissem ao Sr. JC recuperar algumas das rotinas sociais que tinha anteriormente.

Em pessoas com cancro do pulmão de não pequenas células, submetidas a recessão pulmonar, um programa de reabilitação visa promover a recuperação, prevenir a deterioração e melhorar a saúde. Neste, o aumento da atividade física é considerado um componente crucial e permite melhorar os resultados relacionados com os níveis de atividade, a capacidade funcional, o risco de complicações pós-operatórias, a qualidade de vida e os sintomas, que são frequentemente verificados após o diagnóstico e tratamento do cancro do pulmão (Sommer et al, 2018; Timmerman, 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, P. & Garrido, P. (2015). Tratamento neoadjuvante e adjuvante no carcinoma pulmonar de não pequenas células. In Sotto-Mayor, R. (Coordenador). *100 Perguntas chave no Cancro do Pulmão* (35-39). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Araújo, J. P., Sarri, A. J., Bonateli, D. & Silveira, D. S. P. (2018). Fisioterapia paliativa no adenocarcinoma metastático de pulmão: relato de caso. *REFACS (online)*, 6 (3), 522-527.
- Cavalheri, V., Tahirah, F., Nonoyama, M., Jenkins, S. & Hill, K. (2014). Exercise training for people following lung resection for non-small cell lung cancer – A cochrane systematic review. *Cancer Treatment Reviews*, 40, 585-594.
- Crandall, K., Maguire, R., Campbell, A. & Kearney, N. (2014). Exercise intervention for patients surgically treated for non-small cell lung cancer: A systematic review. *Surgical Oncology*, 23, 17-30.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Diagnóstico e tratamento do carcinoma de não pequenas células do pulmão. Norma nº 032/2013 de 31/12/2013*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Granger, C. L., McDonald, C. F., Berney, S., Chao, C. & Denehy, L. (2011). Exercise intervention to improve exercise capacity and health related quality of life for patients with Non-small cell lung cancer: A systematic review. *Lung Cancer*, 72, 139-153.
- Hasmucrai, D. & Sotto-Mayor, R. (2015). Epidemiologia e rastreio do cancro do pulmão. In Sotto-Mayor, R. (Coordenador). *100 Perguntas chave no Cancro do Pulmão* (1-8). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Linhas, A. R. D., Dias, M. C. P. & Barroso, A. M. P. (2018). Cessação tabágica antes do início da quimioterapia no câncer de pulmão de células não pequenas metastático: influência sobre o prognóstico. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 44 (5), 436-438.

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. *13º Relatório 2018*. Acedido a 19/01/2019. Disponível em:

https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE Versão 2 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Enfermagem de reabilitação. Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia orientador de boa prática – Reabilitação respiratória*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6º Ed.). St. Louis: Mosby, Inc.

Sommer, M. S., Staerkind, M. E. B., Christensen, J., Vibe-Petersen, J., Larsen, K. R., Pedersen, J. H. & Langberg, H. (2018). Effect of postsurgical rehabilitation programmes in patients operated for lung cancer: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 50, 236-245.

Timmerman, J. G. (2019). *Cancer rehabilitation at home: the potential of telehealthcare to support functional recovery of lung cancer survivors*. Enschede: University of Twente. <https://doi.org/10.3990/1.9789036547017>

ANEXOS

ANEXO I – Escala de Borg Modificada (Avaliação da Dispneia)

Escala de Borg Modificada – Avaliação da Dispneia	
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

ANEXO II – Medical Research Council Muscle Scale

Medical Research Council Muscle Scale	
Grau 0	Sem movimentos visíveis, paralisia total
Grau 1	Contração visível ou palpável, mas sem movimento
Grau 2	Movimenta a articulação, não vence a gravidade
Grau 3	Movimentos contra a gravidade, não vence a resistência
Grau 4	Movimentos ativos contra a gravidade e resistência, força menor que o esperado
Grau 5	Força normal

ANEXO III – Escala de Ashworth Modificada

Escala de Ashworth Modificada	
Score	Avaliação
0	Nenhum aumento do tônus muscular
1	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão
1+	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude de movimento articular restante
2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento articular, mas a região é movida facilmente
3	Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

ANEXO IV – Escala de Berg

Escala de Berg	
1. Posição sentada para posição em pé.	
Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.	
(4) capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente.	X
(3) capaz de levantar-se independentemente e estabilizar-se independentemente.	
(2) capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas.	
(1) necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se.	
(0) necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se.	
2. Permanecer em pé sem apoio.	
Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar.	
(4) capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.	X
(3) capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão.	
(2) Capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.	
(1) Necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.	
(0) Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.	
3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho.	
Instruções: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas, com os braços cruzados, por 2 minutos.	
(4) capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.	X
(3) capaz de permanecer sentado por 2 minutos com supervisão.	
(2) capaz de permanecer sentado por 30 segundos.	
(1) capaz de permanecer sentado por 10 segundos.	
(0) incapaz de permanecer sentado sem apoio por 10 segundos.	
4. Posição em pé para posição sentada.	
Instruções: Por favor, sente-se.	
(4) senta-se com segurança, com o uso mínimo das mãos.	X
(3) controla a descida utilizando as mãos.	
(2) utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida.	
(1) senta-se independentemente, mas tem descida sem controle.	
(0) necessita de ajuda para sentar-se.	
5. Transferências.	
Instruções: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra, para uma transferência em pivô. Peça ao paciente que se transfira de uma cadeira com apoio de braço	

para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras ou uma cama e uma cadeira.	
(4) capaz de transferir-se com segurança com o uso mínimo das mãos.	X
(3) capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos.	
(2) capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão.	
(1) necessita de uma pessoa para ajudar.	
(0) Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar a tarefa com segurança.	
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados.	
Instruções: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.	
(4) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.	X
(3) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão.	
(2) capaz de permanecer em pé por 3 segundos.	
(1) incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé.	
(0) necessita de ajuda para não cair.	
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos.	
Instruções: Junte os pés e fique em pé sem se apoiar.	
(4) capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com segurança.	X
(3) capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com supervisão.	
(2) capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 30 segundos.	
(1) necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos.	
(0) Necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos.	
8. Alcançar a frente com o braço estendido, permanecendo em pé.	
Instruções: Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para a frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para a frente o máximo que consegue. Quando possível peça ao paciente que use ambos os braços, para evitar rotação do tronco.	
(4) pode avançar à frente mais que 25cm com segurança.	
(3) pode avançar à frente mais que 12,5cm com segurança.	X

(2) pode avançar à frente mais que 5cm com segurança.	
(1) pode avançar à frente, mas necessita de supervisão.	
(0) perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo.	
9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé.	
Instruções: Pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés.	
(4) capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança.	X
(3) capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão.	
(2) incapaz de pegá-lo mas se estica, até ficar a 2-5cm do chinelo, e mantém o equilíbrio independentemente.	
(1) incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando.	
(0) Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.	
10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo, enquanto permanece em pé.	
Instruções: Vire-se, para olhar diretamente atrás de você por cima do ombro esquerdo, sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento.	
(4) olha para trás de ambos os lados com boa distribuição do peso.	X
(3) olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menos distribuição do peso.	
(2) vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio.	
(1) necessita de supervisão para virar.	
(0) necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.	
11. Girar 360°.	
Instruções: Gire completamente em torno de si mesmo. Pausa. Gire completamente em torno de si mesmo para o lado contrário.	
(4) capaz de girar 360° com segurança em 4 segundos ou menos.	X
(3) capaz de girar 360° com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos.	
(2) capaz de girar 360° com segurança, mas lentamente.	
(1) necessita de supervisão próxima ou orientações verbais.	
(0) necessita de ajuda enquanto gira.	
12. Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio.	
Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho 4 vezes.	

(4) capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos.	X
(3) Capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais de 20 segundos.	
(2) Capaz de completar 4 movimentos sem ajuda.	
(1) Capaz de completar mais de 2 movimentos com o mínimo de ajuda.	
(0) Incapaz de tentar ou necessita de ajuda para não cair.	
13. Permanecer em pé sem apoio, com um pé à frente. Instruções: Demonstre para o paciente. Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha; se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.	
(4) capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos.	
(3) capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos.	X
(2) capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos.	
(1) necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos.	
(0) perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar em pé.	
14. Permanecer em pé sobre uma perna. Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar.	
(4) capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por mais de 10 segundos.	
(3) capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 5-10 segundos.	
(2) capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 3 ou 4 segundos.	
(1) tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente.	X
(0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.	
TOTAL	51

Mau equilíbrio: 0 a 20

Bom equilíbrio: 40 a 56

0 a 36 – 100% risco de queda

37 a 44 – Locomoção segura, mas com recomendação de assistência ou com auxiliares de marcha

45 a 56 – Não existe risco de queda, a locomoção é segura

ANEXO V – Índice de Barthel

Índice de Barthel		
1. Alimentação		
Independente	10	X
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	5	
Dependente	0	
2. Transferências		
Independente	15	X
Precisa de alguma ajuda	10	
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5	
Dependente, não tem equilíbrio sentado	0	
3. Toalete		
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	5	X
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	
4. Utilização do WC		
Independente	10	X
Precisa de alguma ajuda	5	
Dependente	0	
5. Banho		
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5	X
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	
6. Mobilidade		
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15	X
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10	
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5	
Imóvel	0	
7. Subir e Descer Escadas		
Independente, com ou sem ajudas técnicas	10	X
Precisa de ajuda	5	
Dependente	0	
8. Vestir		
Independente	10	X
Com ajuda	5	
Impossível	0	
9. Controlo Intestinal		

Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10	X
Acidente ocasional	5	
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	0	
10. Controlo Urinário		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10	X
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5	
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0	
TOTAL	100	

Grau de dependência em função do resultado	
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independente

ANEXO VI – Medida de Independência Funcional

Medida de Independência Funcional	
Níveis	
COM AJUDA	<u>Dependência Completa</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajuda Total (indivíduo < 25%) 2. Ajuda Máxima (indivíduo ≥ 25%) <u>Dependência Modificada</u> <ol style="list-style-type: none"> 3. Ajuda Moderada (indivíduo ≥ 50%) 4. Ajuda Mínima (indivíduo ≥ 75%) 5. Supervisão
SEM AJUDA	<ol style="list-style-type: none"> 6. Independência Modificada (dispositivo) 7. Independência Completa (em segurança, em tempo normal)

AUTOCUIDADO	
Alimentação	7
Higiene Pessoal	7
Banho	7
Vestir metade superior	7
Vestir metade inferior	7
Utilização da sanita	7
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES	
Bexiga	7
Intestino	7
MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS	
Cama / Cadeira / Cadeira de Rodas	7
Sanita	7
Banheira / Duche	7
LOCOMOÇÃO	
Marcha / Cadeira de Rodas	7
Escadas	7
COMUNICAÇÃO	
Compreensão	6
Expressão	7
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR	
Interação Social	7
Resolução de Problemas	6
Memória	7
TOTAL	124

Grau de capacidade / incapacidade funcional	Pontuação
Dependência completa	18
Dependência modificada, com assistência até 50% da tarefa	19 – 60
Dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa	61 – 103
Independência completa	104 – 126

ANEXO VII – Escala de Braden

Escala de Braden					
Percepção Sensorial Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1. Totalmente limitada	2. Muito limitada	3. Levemente limitada	4. Nenhuma limitação	4
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida	2. Pele muito húmida	3. Pele ocasionalmente húmida	4. Pele raramente húmida	4
Atividade Nível de atividade física	1. Acamado	2. Sentado	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente	3
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação	4
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre	2. Provavelmente inadequada	3. Adequada	4. Excelente	3
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema	2. Problema potencial	3. Nenhum problema		3
TOTAL					21

O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:

Alto Risco – Pontuação ≤ 16

Baixo Risco – Pontuação ≥ 17

ANEXO VIII – Escala de Borg Modificada (Avaliação da Percepção Subjetiva ao Esforço)

Escala de Borg Modificada – Avaliação da Percepção Subjetiva de Esforço	
0	Nenhum
1	Mínimo
2	Pouco
3	Moderada
4	Um pouco difícil
5	Difícil
6	Mais difícil
7	Muito difícil
8	Extremamente difícil
9	Esforço máximo
10	Fadiga

Atividades / Intervenções	Avaliação	
	01.10	22.10
Mobilizações ativas do membro superior direito	3	1
Mobilizações ativas do membro superior esquerdo	5	4
Mobilizações ativas dos membros inferiores (direito / esquerdo)	5	3
Mobilizações ativas resistidas do membro superior direito	5	3
Mobilizações ativas resistidas do membro superior esquerdo	7	5
Mobilizações ativas resistidas dos membros inferiores (direito / esquerdo)	7	5
Subir e descer escadas	5	4

Apêndice XI – Estudo de caso URR



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com

DPOC

Unidade de Reabilitação Respiratória

Ana Sofia Pinto Santana nº 8368

Lisboa
Fevereiro de 2019





ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

9º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com

DPOC

Unidade de Reabilitação Respiratória

Ana Sofia Pinto Santana nº 8368

Docente Orientadora: Professora Doutora Maria Fátima Marques

Enfermeiro Orientador: L.N.

Lisboa
Fevereiro de 2019



ÍNDICE

1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO.....	5
2. COLHEITA DE DADOS.....	7
3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	10
4. AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO	12
5. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	15
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

ANEXO I – COPD Assessment Test - CAT

ANEXO II – Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL)

ANEXO III – Índice de Barthel

ANEXO IV – Escala de Braden

ANEXO V – *Check List* para administração de terapêutica inalatória

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Antecedentes Pessoais

QUADRO 2 – Parâmetros Vitais

QUADRO 3 – Avaliação Subjetiva da Função Respiratória

QUADRO 4 – Avaliação Objetiva da Função Respiratória

QUADRO 5 – Modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire (mMRC)

QUADRO 6 – Plano de Cuidados

1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

Perspetivando o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, foi elaborado um estudo de caso em contexto hospitalar (██████████) na Unidade de Reabilitação Respiratória (URR). O estudo de caso intitula-se de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

A DPOC é uma doença comum, prevenível e tratável que é caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo de ar, e que se deve a anormalidades nas vias aéreas e/ou alveolares, geralmente causadas por exposição significativa a partículas nocivas ou gases (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2019).

A DPOC é atualmente a quarta principal causa de morte no mundo, mas está projetada para ser a principal causa de morte até 2020. Mais de 3 milhões de pessoas morreram de DPOC em 2012, representando 6% de todas as mortes no mundo. A DPOC é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade crónica em todo o mundo (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2019).

O principal fator de risco para a DPOC é o tabagismo, mas outras exposições ambientais, como a exposição a combustíveis de biomassa e a poluição do ar, podem contribuir (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2019).

A espirometria é o exame disponível e fundamental para o diagnóstico da DPOC, é a medida mais objetiva e reproduzível da limitação do fluxo aéreo, sendo que a presença de $FEV1/FVC < 70\%$ após um broncodilatador confirma a presença de limitação persistente do fluxo aéreo (Direção Geral de Saúde, 2013; Direção Geral de Saúde, 2016; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2019).

A dispneia é o sintoma mais comum na DPOC e é uma das principais causas de incapacidade associadas à doença (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2019).

Na DPOC ocorre uma disfunção dos músculos periféricos, como resultado do descondicionamento físico, e uma degradação progressiva da função pulmonar, em que a hiperinsuflação é consequência frequente, levando a sintomas como a dispneia,

a uma limitação na capacidade para a realização das atividades de vida diária e, conseqüentemente a um comprometimento na qualidade de vida (Silva et al, 2017).

Neste sentido, e à medida que a doença avança, ocorre compromisso das trocas gasosas, causando hipoxemia e alterações na ventilação e perfusão, conduzindo ao agravamento da sintomatologia (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A integração das pessoas com DPOC em programas de reabilitação permitem reduzir as limitações e as alterações resultantes do processo fisiopatológico da doença. Esta tem se mostrado uma estratégia terapêutica eficaz, onde são consideráveis os benefícios alcançáveis. Salienta-se a crescente importância da componente do treino de exercício na reabilitação pulmonar destas pessoas, demonstrando ser o melhor método para melhorar a função muscular, reduzir o cansaço e a dispneia, melhorar a tolerância ao exercício, aumentar a independência funcional na realização das atividades de vida e melhorar a qualidade de vida (Silva et al, 2017; Ordem dos Enfermeiros, 2018; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2019).

2. COLHEITA DE DADOS

Identificação do Utente

Nome: M.O.

Idade: 65 anos

Género: Masculino

Escolaridade: Licenciatura em Engenharia Mecânica

Profissão: Ramo Imobiliário (Compra, remodela e vende imóveis)

Estado Civil: Divorciado

Agregado Familiar: Filho

Morada: Lisboa

História Clínica Atual

No dia 14.11.2018, o Sr. M.O. recorreu à consulta de pneumologia por apresentar queixas de cansaço fácil e dispneia para pequenos esforços, mas sem apresentar tosse ou expetoração. Referia cansar-se muito a subir escadas e em plano inclinado, mas também em plano direito, embora menos. Já tinha apresentado duas infeções respiratórias uma em janeiro e outra em agosto de 2018.

Realizou estudo de função respiratória, que revelou obstrução brônquica grave com FEV₁ (volume expiratório forçado no primeiro segundo) após broncodilatador de 47%, FEV₁/FVC (volume expiratório forçado no primeiro segundo/capacidade vital forçada) após broncodilatador de 31%, insuflação pulmonar com RV (volume residual) de 158% que não melhora após broncodilatador, diminuição moderada da DLCO (capacidade de difusão do monóxido de carbono) com valores de 41% e IRP (insuficiência respiratória parcial) com PaO₂ 63 e PaCO₂ 35.

Foi referenciado para consulta na Unidade de Reabilitação Respiratória, que decorreu no dia 21.11.2018. Fica com indicação para realizar um programa de reeducação funcional respiratória, 3 vezes por semana, durante 8 semanas.

Não apresenta Rx Tx recente e compatível com a clinica atual, sendo que o último Rx Tx é de 2016.

Ficou com prova de marcha 6' prescrita, que não é realizada na Unidade de Reabilitação Respiratória e que até à data de término deste estudo de caso não foi feita.

Antecedentes Pessoais

• Ex-fumador (iniciou consumo tabágico aos 12 anos e cessou aos 58 anos) de 46 UMA (Unidade Maço Ano);
• DPOC Tabágica
• Hipertensão Arterial
• Litíase Renal
• Hipertrofia Benigna da Próstata
• Desconhece alergias a medicamentos e alimentos.

Quadro 1 – Antecedentes Pessoais

Terapêutica Atual

Ombrez 150µg (1cp inalado de manhã), Spiriva 2,5µg (2 inalações de manhã), Nebivolol 5mg (½ cp ao pequeno-almoço), Condensartan 8mg (1cp ao almoço), Lercanidipina 10mg (1cp ao pequeno-almoço e 1cp ao jantar), Ventilan SOS e Rosilan ½ cp SOS.

História Social, Familiar e Económica

O Sr. M.O. é divorciado, vive com o filho, em [REDACTED], num apartamento, 5º andar com elevador. O filho tem 38 anos, é licenciado em arquitetura, mas que nunca exerceu e encontra-se desempregado. O filho do Sr. M.O. tem esquizofrenia paranoide, sendo o Sr. M.O. o seu principal apoio e cuidador.

O Sr. M.O., apesar de ser licenciado em engenharia mecânica, nunca exerceu esta profissão. Refere fazer a administração de imóveis, no que diz respeito à compra,

remodelação e venda dos mesmos. A remodelação, propriamente dita, dos imóveis é feita pelo Sr. M.O., estando este em contacto frequente com produtos de limpeza, tintas e poeiras.

Foi diagnosticado com DPOC tabágica em 2009, sendo que o que o levou a recorrer à medicação de família foi o facto de ter começado a sentir cada vez mais dificuldade e cansaço a passear o seu cão, que puxava constantemente a trela.

Há cerca de 1 ano, parou todas as atividades que fazia, como correr e jogar futebol, o que o conduziu a um descondicionamento físico progressivo.

3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (realizada a 28.11.18)

Parâmetros Vitais

Temperatura	36,5°C
Tensão Arterial	157/84 mmHg
Frequência Cardíaca	67 bpm
Frequência Respiratória	24 cpm
Saturações Periféricas de Oxigênio	93%
Dor	Dor 0

Quadro 2 – Parâmetros Vitais

Avaliação da Função Respiratória

Avaliação Subjetiva	
Tosse	Eficaz
Expetoração	Ausente
Dispneia	Dispneia a esforços
Toracalgia	Sem dor

Quadro 3 – Avaliação Subjetiva da Função Respiratória

Avaliação Objetiva	
Inspeção	Pele e mucosas coradas e hidratadas. Não apresenta cianose, nem hipocratismo digital. Sem edemas.
Inspeção torácica estática	Tórax simétrico. Sistema muscular desenvolvido.
Inspeção torácica dinâmica	Ritmo respiratório regular. Padrão respiratório predominantemente torácico. Amplitude normal. Sem sinais de tiragem.
Palpação	Traqueia ao nível da linha média. Expansibilidade torácica mantida. Sem lesões cutâneas ou tumefações.
Percussão	Hiper ressonância
Auscultação	Murmúrio vesicular globalmente diminuído. Ausência de ruídos adventícios.
Abdómen	Depressível e indolor à palpação.

Quadro 4 – Avaliação Objetiva da Função Respiratória.

Avaliação da Dispneia – Modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire (mMRC)

Estas cinco afirmações estão organizadas gradativamente por níveis de menor (Grau 0) para maior gravidade (Grau 4).

O Sr. M.O. refere dispneia de Grau 3.

Grau 0	Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso. <i>“Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso”.</i>
Grau 1	Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado. <i>“Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado”.</i>
Grau 2	Andar mais devagar que as pessoas da minha idade devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal. <i>“Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal”.</i>
Grau 3	Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos. <i>“Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos”.</i>
Grau 4	Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir. <i>“Estou sem fôlego para sair de casa”.</i>

Quadro 5 - Modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire (mMRC)

Avaliação Funcional (Índice de Barthel) (Anexo III)

O Índice de Barthel avalia o potencial funcional do indivíduo e mede o nível de independência em 10 atividades de autocuidado. O Sr. M.O. tem uma pontuação total de 100, o que indica que é independente.

4. AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Requisitos de Autocuidado Universais

Manutenção de Inspiração de Ar Suficiente

O Sr. M.O. encontra-se eupneico em repouso (frequência respiratória de 24 cpm), com oximetria de pulso de 93% sem aporte de oxigênio. Pele e mucosas coradas. Padrão respiratório predominantemente torácico, de ritmo regular e de amplitude normal. Apresenta dispneia a esforços – Grau 3 (avaliação da dispneia pelo Modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire (mMRC)).

Atuação do enfermeiro pelo sistema parcialmente compensatório e pelo sistema de apoio e ensino.

Manutenção de Ingestão Suficiente de Água e Alimentos

O Sr. M.O. alimenta-se autonomamente, confeccionando a sua própria dieta. realiza cerca de 4 refeições por dia, com apetite mantido. Não apresenta restrições alimentares. Ingere cerca de 1L de água por dia.

Promoção dos Cuidados Associados aos Processos de Eliminação

O Sr. M.O. apresenta continência de esfíncteres vesical e intestinal, sendo independente no uso do wc. Apresenta padrão de eliminação intestinal regular, referindo evacuar diariamente, fezes castanhas e moldadas, em moderada quantidade.

Manutenção do Equilíbrio entre a Atividade e o Descanso

O Sr. M.O. apresenta dificuldade na realização de determinadas atividades devido à dispneia que sente (Escala London Chest Activity of Daily Living – Anexo II).

Apresenta um padrão de sono regular, de cerca de 7/8h por noite.

Atuação do enfermeiro pelo sistema de apoio e ensino.

Manutenção do Equilíbrio entre a Solidão e a Interação Social

Apesar de se encontrar divorciado, tem atualmente uma companheira.

Mantém vida social ativa, não referindo qualquer dificuldade na realização da mesma (COPD Assessment Test – CAT (Anexo I); Escala London Chest Activity of Daily Living (Anexo II)).

Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano

O Sr. M.O. cessou hábitos tabágicos em 2011.

Não tem historial de quedas nos últimos 3 meses.

Apresenta pele íntegra e baixo risco de desenvolver úlcera de pressão (aplicou-se a Escala de Braden – Anexo IV).

Promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal

O Sr. M.O. refere sentir muita dificuldade e muito limitado na realização da sua atividade laboral, devido à dispneia que sente.

Há cerca de um ano cessou todas as atividades (fazer correr e jogar futebol) que ainda fazia.

Relata, também, uma vida sexual muito mais limitada, como consequência da dispneia que sente e do descondicionamento físico associado.

Aplicado o teste COPD Assessment Test – CAT (Anexo I), onde se obteve uma pontuação de 12, o que significa que a DPOC tem um impacto médio no seu bem-estar e quotidiano

Refere que gostaria de voltar a retomar algumas atividades que deixou de fazer e melhorar nas que ainda consegue, e espera que o programa de reabilitação estabelecido o ajude nesse sentido.

Atuação do enfermeiro pelo sistema de apoio e ensino.

Requisitos de Autocuidado de Desenvolvimento

O Sr. M.O. é divorciado, e atualmente tem uma companheira. Reside com o filho.

Devido à exacerbação da sua DPOC, tem apresentado uma maior dispneia a esforços e conseqüentemente um progressivo descondicionamento físico, que o têm condicionado na realização das suas atividades de vida diária.

Requisitos de Autocuidado de Desvio

O Sr. M.O. foi diagnosticado com DPOC tabágica em 2009.

No dia 14.11.2018, o Sr. M.O. recorreu à consulta de pneumologia por apresentar queixas de cansaço fácil e dispneia para pequenos esforços, mas sem apresentar tosse ou expectoração. Referia cansar-se muito a subir escadas e em plano inclinado, mas também em plano direito, embora menos.

Realizou provas de função respiratória, que revelaram obstrução brônquica grave.

Foi referenciado para consulta na Unidade de Reabilitação Respiratória, que decorreu no dia 21.11.2018. Fica com indicação para realizar um programa de reeducação funcional respiratória, 3 vezes por semana, durante 8 semanas.

5. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação

De acordo com a avaliação inicial realizada e na sequência da mesma, foram determinados os diagnósticos de enfermagem de reabilitação e efetuado um plano de cuidados, com as intervenções de enfermagem a realizar e respetiva avaliação de resultados. O plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, foi realizado de acordo com o modelo teórico de Dorothea Orem e com recurso à taxonomia CIPE, sendo que, com o intuito facilitador e pela importância na estruturação do meu raciocínio, a etiologia e as manifestações encontram-se referenciadas nos diagnósticos de enfermagem de reabilitação efetuados. De acrescentar, que a taxonomia utilizada foi a CIPE visto ser a utilizada no local de estágio onde foi realizado este estudo de caso.

Os diagnósticos de enfermagem definidos foram:

- Ventilação comprometida [relacionada DPOC, manifestada por obstrução brônquica grave com FEV_1 (volume expiratório forçado no primeiro segundo) após broncodilatador de 47%, FEV_1/FVC (volume expiratório forçado no primeiro segundo/capacidade vital forçada) após broncodilatador de 31%, insuflação pulmonar com RV (volume residual) de 158% que não melhora após broncodilatador, diminuição moderada da DLCO (capacidade de difusão do monóxido de carbono) com valores de 41% e IRP (insuficiência respiratória parcial) com PaO_2 63 e $PaCO_2$ 35 e dispneia ao esforço (Grau 3 - Modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire)].
- Intolerância à atividade [relacionada com DPOC, manifestada por dispneia ao esforço (Grau 3 - Modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire) e limitação na realização das atividades de vida diária (Escala London Chest Activity of Daily Living – Anexo II)].

Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Diagnósticos de Enfermagem	Objetivos	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>28.11.18</p> <p>Ventilação comprometida [relacionada DPOC, manifestada por obstrução brônquica grave com FEV1 (volume expiratório forçado no primeiro segundo) após broncodilatador de 47%, FEV1/FVC (volume expiratório forçado no primeiro segundo/capacidade vital forçada) após broncodilatador de 31%, insuflação pulmonar com RV</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir o trabalho respiratório e o consumo de oxigénio; • Corrigir defeitos ventilatórios; • Fortalecer os músculos respiratórios; 	<p>Ventilação melhorada ao fim de 5 semanas com diminuição do grau de dispneia de 3 para 2 – escala Modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire (mMRC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Informar o utente sobre o programa e seus objetivos, de modo a que possa participar na sua implementação. – Instruir e treinar posições de descanso e técnicas de relaxamento. – Instruir e treinar a consciencialização, dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase expiração e expiração com os lábios semicerrados. – Realizar exercícios de reeducação diafragmática da porção posterior, hemicúpula esquerda e hemicúpula direita (inicialmente sem resistência e 	<p>28.11.18</p> <p><u>Avaliação de sinais vitais:</u></p> <p>Temperatura: 36,5°C;</p> <p>Tensão Arterial: 157/84 mmHg;</p> <p>Frequência Cardíaca: 67 bpm;</p> <p>Frequência Respiratória: 24 cpm;</p> <p>Saturações Periféricas de Oxigénio: 93%;</p> <p>Dor: 0</p> <p><u>Auscultação:</u> Murmúrio vesicular globalmente diminuído. Ausência de ruídos adventícios.</p> <p>Aplicada a escala Modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire (mMRC) para a avaliação da dispneia: grau 3.</p> <p>Semana de 3 a 7 de dezembro</p> <p>Realiza os exercícios de reeducação diafragmática e reeducação costal sem resistências (10 repetições para cada exercício).</p>

<p>(volume residual) de 158% que não melhora após broncodilatador, diminuição moderada da DLCO (capacidade de difusão do monóxido de carbono) com valores de 41% e IRP (insuficiência respiratória parcial) com PaO₂ 63 e PaCO₂ 35] e dispneia ao esforço (Grau 3 - Modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire)</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u></p> <p>Parcialmente compensatório e de apoio e ensino.</p>			<p>posteriormente com resistência)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Realizar exercícios de reeducação costal global com bastão, seletiva esquerda com abdução do membro superior e seletiva direita com abdução do membro superior. Reeducação costal antero lateral e postero lateral esquerda e direita (inicialmente sem resistência e posteriormente com resistência). – Validar com o utente os ensinos efetuados. – Verificar a correta administração da terapêutica inalatória de domicílio. – Instruir e treinar a administração da terapêutica inalatória de domicílio. 	<p>Foi feita a verificação da administração da terapêutica inalatória, de acordo com a Check List usada no serviço (Anexo V), e constatou-se que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não lava a boca após realizar inalador corticoide; • No caso de inalador pressurizado dosimetrado (MDI), não o prepara corretamente – não aquece, nem agita; • Não realiza uma expiração lenta antes de ativar o inalador; • Não realiza pausa inspiratória de pelo menos 10 segundos após a administração do inalador; • Não realiza pausa de 30 a 60 segundos entre cada inalação. <p>Semana de 10 a 14 de dezembro</p> <p>Realiza os exercícios de reeducação diafragmática e reeducação costal com resistências de 1kg (10 repetições para cada exercício).</p> <p>Semana de 7 a 11 de janeiro</p> <p>Realiza os exercícios de reeducação diafragmática e reeducação costal sem resistências de 1kg (10 repetições para cada exercício).</p> <p>Realiza a correta administração da terapêutica inalatória.</p>
--	--	--	--	--

				<p>Semana de 14 a 18 de janeiro</p> <p>Realiza os exercícios de reeducação diafragmática e reeducação costal sem resistências de 1 kg (20 repetições para cada exercício).</p> <p>Semana de 21 a 25 de janeiro</p> <p>Realiza os exercícios de reeducação diafragmática e reeducação costal sem resistências de 1 kg (20 repetições para cada exercício).</p> <p>Aplicada a escala Modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire (mMRC) para a avaliação da dispneia: grau 2.</p> <p>Saturações Periféricas de Oxigênio: 97%;</p>
<p>Intolerância à atividade [relacionada com DPOC, manifestada por dispneia ao esforço (Grau 3 - Modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire) e limitação na realização</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o fortalecimento muscular; • Manter a integridade das estruturas articulares; • Otimizar a tolerância ao esforço; 	<p>Tolerância à atividade melhorada ao fim de 5 semanas, com diminuição na limitação na realização das atividades de</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Informar o utente sobre o programa de cuidados e seus objetivos, de modo a que possa participar na sua implementação. – Realizar o treino de exercício: • Aquecimento; 	<p>28.11.18</p> <p>Aplicada a escala London Chest Activity of Daily Living (Anexo II) para avaliar a limitação na realização das atividades de vida devido à DPOC.</p> <p>Treino de exercício:</p> <p>Aquecimento – 2 minutos;</p> <p>Fortalecimento muscular dos membros superiores – 10 repetições de 6 exercícios com carga de 1kg;</p>

<p>das atividades de vida diária (Escala London Chest Activity of Daily Living – Anexo II).</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u></p> <p>Parcialmente compensatório e de apoio e ensino.</p>		<p>vida – escala London Chest Activity of Daily Living (Anexo II)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimento muscular dos membros superiores e dos membros inferiores; • Passadeira e Ergómetro; • Alongamentos. • Fazer pausas para descanso durante as atividades. <ul style="list-style-type: none"> – Instruir e treinar subir/descer escadas; – Validar com o utente os ensinamentos realizados; 	<p>Fortalecimento muscular dos membros inferiores – 10 repetições de 5 exercícios com carga de 1kg;</p> <p>Passadeira – 15 minutos, com nível 0 de inclinação, a 2,5 Km/h.</p> <p>Ciclo ergómetro – 10 minutos</p> <p>Alongamentos – 2 minutos;</p> <p>Semana de 3 a 7 de dezembro</p> <p>Treino de exercício:</p> <p>Aquecimento – 2 minutos;</p> <p>Fortalecimento muscular dos membros superiores – 10 repetições de 6 exercícios com carga de 1kg;</p> <p>Fortalecimento muscular dos membros inferiores – 10 repetições de 5 exercícios com carga de 1kg;</p> <p>Passadeira – 25 minutos, com nível 0 de inclinação, a 2,5 Km/h.</p> <p>Ciclo ergómetro – 10 minutos</p> <p>Alongamentos – 2 minutos;</p> <p>Semana de 10 a 14 de dezembro</p> <p>Treino de exercício:</p> <p>Aquecimento – 2 minutos;</p> <p>Fortalecimento muscular dos membros superiores – 10 repetições de 6 exercícios com carga de 1kg;</p>
--	--	---	--	---

				<p>Fortalecimento muscular dos membros inferiores – 10 repetições de 5 exercícios com carga de 1kg;</p> <p>Passadeira – 25 minutos, com nível 3 de inclinação, a 3,5 Km/h.</p> <p>Ciclo ergómetro – 15 minutos</p> <p>Alongamentos – 2 minutos;</p> <p>Semana de 7 a 11 de janeiro</p> <p>Treino de exercício:</p> <p>Aquecimento – 2 minutos;</p> <p>Fortalecimento muscular dos membros superiores – 10 repetições de 6 exercícios com carga de 1,5kg;</p> <p>Fortalecimento muscular dos membros inferiores – 10 repetições de 5 exercícios com carga de 1,5kg;</p> <p>Passadeira – 25 minutos, com nível 5 de inclinação, a 3,5 Km/h.</p> <p>Ciclo ergómetro – 15 minutos</p> <p>Alongamentos – 2 minutos;</p> <p>Semana de 14 a 18 de janeiro</p> <p>Treino de exercício:</p> <p>Aquecimento – 2 minutos;</p> <p>Fortalecimento muscular dos membros superiores – 15 repetições de 6 exercícios com carga de 1,5kg;</p>
--	--	--	--	--

				<p>Fortalecimento muscular dos membros inferiores – 15 repetições de 5 exercícios com carga de 1,5kg;</p> <p>Passadeira – 35 minutos, com nível 7 de inclinação, a 3,5 Km/h.</p> <p>Ciclo ergómetro – 20 minutos</p> <p>Alongamentos – 2 minutos;</p> <p>Semana de 21 a 25 de janeiro</p> <p>Treino de exercício:</p> <p>Aquecimento – 2 minutos;</p> <p>Fortalecimento muscular dos membros superiores – 15 repetições de 6 exercícios com carga de 1,5kg;</p> <p>Fortalecimento muscular dos membros inferiores – 15 repetições de 5 exercícios com carga de 1,5kg;</p> <p>Passadeira – 35 minutos, com nível 8 de inclinação, a 3,5 Km/h.</p> <p>Ciclo ergómetro – 20 minutos</p> <p>Alongamentos – 2 minutos;</p> <p>Aplicada a escala London Chest Activity of Daily Living (Anexo II) para avaliar a limitação na realização das atividades de vida devido à DPOC.</p>
--	--	--	--	---

Quadro 6 – Plano de Cuidados

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As intervenções realizadas e respetiva avaliação permitiram conceder alguma visibilidade ao papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e à importância da aplicação de um plano enfermagem de reabilitação que oriente a sua ação.

Tendo em conta os objetivos definidos em plano de cuidados, foi possível alcançar os seguintes benefícios:

- Melhorar a dispneia ao esforço – passou de dispneia de grau 3 (28.11.18) para dispneia de grau 2 (25.01.19) na Escala Modified Medical Research Council Dyspnea Questionnaire (mMRC);
- Melhorar a tolerância à atividade com diminuição na limitação na realização das atividades de vida – escala London Chest Activity of Daily Living (Anexo II);
- Diminuir o impacto que a DPOC tem no seu bem-estar e no quotidiano, de um score 12 para um score 10 – escala COPD Assessment Test – CAT (Anexo I);
- Realizar a correta administração da terapêutica inalatória de domicílio.

Um programa de reabilitação pulmonar em pessoas com DPOC, com a duração de 8 semanas, que compreenda o treino de exercício, como o treino de força e resistência, onde tanto os membros superiores como os membros inferiores são incluídos, permite alcançar benefícios como a melhoria da dispneia, da capacidade de exercício e da qualidade de vida (Pardella, López, del Rio & Ramírez, 2018; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral de Saúde (2013). *Norma – Diagnóstico e tratamento da doença pulmonar obstrutiva crónica*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2016). *Programa nacional para as doenças respiratórias – Critérios da qualidade para a realização de espirometrias em adultos*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2019). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2019 report)*. Acedido em 16/02/19. Disponível em: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-v1.6-FINAL-08Nov2018-wms.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE Versão 2 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Enfermagem de reabilitação. Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia orientador de boa prática – Reabilitação respiratória*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6^o Ed.). St. Louis: Mosby, Inc.
- Pardella, M. J. P., López, S. P., del Rio, A. D. & Ramírez, A.G. (2018). Effectiveness of a respiratory rehabilitation programme in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Enfermería Clínica*, 28(1), 5-12.
- Silva, C. D. A., Nogueira, D. M., Silva, L. J. O., Leon, E. B., Gonçalves, R. L. & Sanchez, F. F. (2017). Atividades de vida diária e presença de dispneia em indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Inspirar, Movimento & Saúde*, 14(4), 38-42.

ANEXOS

ANEXO I – COPD Assessment Test – CAT

Avalia o impacto que a DPOC tem no bem-estar e no quotidiano.

COPD Assessment Test								28.11.18	25.01.19
Nunca tenho tosse	0	1	2	3	4	5	Tenho tosse o tempo todo	2	2
Não tenho nenhum catarro (secreção) no peito	0	1	2	3	4	5	O meu peito está cheio de catarro (secreção)	0	0
Não sinto nenhuma pressão no peito	0	1	2	3	4	5	Sinto uma grande pressão no peito	0	0
Não sinto falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escadas	0	1	2	3	4	5	Sinto bastante falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada	5	4
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa	0	1	2	3	4	5	Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa	3	2
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	0	1	2	3	4	5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	0	0
Durmo profundamente	0	1	2	3	4	5	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar	0	0
Tenho muita energia (disposição)	0	1	2	3	4	5	Não tenho nenhuma energia (disposição)	2	2
Pontuação Total								12	10

Pontuação CAT	Nível de Impacto
>30	Muito alto
>20	Alto
10 – 20	Médio
<10	Baixo

ANEXO II – Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL)

Escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL)

Avalia a limitação presente na realização das atividades de vida diária devido à presença da dispneia.

Expresse, através do número correspondente, o quanto de falta de ar tem sentido estes últimos dias enquanto realiza as atividades.

0 – Eu não faria de forma alguma (Se não faz a atividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa atividade);

1 – Eu não fico com falta de ar (Se a atividade é fácil para si);

2 – Eu fico moderadamente com falta de ar (Se a atividade lhe causa um pouco de falta de ar);

3 – Eu fico com muita falta de ar (Se a atividade lhe causa muita falta de ar);

4 – Eu não posso mais fazer isso (Se deixou de fazer a atividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si);

5 – Eu preciso que outra pessoa faça isso (se alguém faz isso por si ou a ajuda porque sente muita falta de ar, por exemplo: alguém faz as compras por si);

Cuidado Pessoal	28.11.18	25.01.19
Enxugar-se	2	1
Vestir a parte superior do tronco	1	1
Calçar sapatos/meias	1	1
Lavar a cabeça	1	1

Lazer	28.11.18	25.01.19
Andar em casa	1	1
Sair socialmente	1	1
Falar	1	1

Cuidado Doméstico	28.11.18	25.01.19
Fazer a cama	3	2
Mudar o lençol da cama	3	2
Lavar janelas/cortinas	4	3
Limpeza/limpar o pó	4	3
Lavar a louça	1	1
Utilizar o aspirador/varrer	1	1

Atividade Física	28.11.18	25.01.19
Subir escadas	4	3
Inclinar-se	2	1

ANEXO III – Índice de Barthel

Índice de Barthel		
1. Alimentação		
Independente	10	X
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	5	
Dependente	0	
2. Transferências		
Independente	15	X
Precisa de alguma ajuda	10	
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5	
Dependente, não tem equilíbrio sentado	0	
3. Toalete		
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	5	X
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	
4. Utilização do WC		
Independente	10	X
Precisa de alguma ajuda	5	
Dependente	0	
5. Banho		
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5	X
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	
6. Mobilidade		
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15	X
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10	
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5	
Imóvel	0	
7. Subir e Descer Escadas		
Independente, com ou sem ajudas técnicas	10	X
Precisa de ajuda	5	
Dependente	0	
8. Vestir		
Independente	10	X
Com ajuda	5	
Impossível	0	
9. Controlo Intestinal		

Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10	X
Acidente ocasional	5	
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	0	
10. Controlo Urinário		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10	X
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5	
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0	
TOTAL	100	

Grau de dependência em função do resultado	
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independente

ANEXO IV – Escala de Braden

Escala de Braden					
Percepção Sensorial Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1. Totalmente limitada	2. Muito limitada	3. Levemente limitada	4. Nenhuma limitação	4
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida	2. Pele muito húmida	3. Pele ocasionalmente húmida	4. Pele raramente húmida	4
Atividade Nível de atividade física	1. Acamado	2. Sentado	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente	4
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação	4
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre	2. Provavelmente inadequada	3. Adequada	4. Excelente	3
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema	2. Problema potencial	3. Nenhum problema		3
TOTAL					22

O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:

Alto Risco – Pontuação ≤ 16

Baixo Risco – Pontuação ≥ 17

ANEXO V – *Check List* para administração de terapêutica inalatória

IDENTIFICAÇÃO DOENTE

Registo do Ensino da Terapêutica Inalatória

Processo: _____

Terapêutica inalatória actual:

Data				
Nome inalador				
Dose				
Horários de administração				
Administra o número de puff's prescrito				
Cumpre os horários prescritos para administração				
Lava a boca após fazer o inalador (se corticóide)				

Check List

Data				
Administra os inaladores pela ordem correcta	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Prepara correctamente a dose para inalar	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
No caso de MDI:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
- Aquece	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
- Agita	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Data				
Coloca o inalador na posição correcta: - Se for MDI , em posição em L	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
- Se for DPI em posição horizontal	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
Realiza uma expiração lenta antes de activar o inalador	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
Coloca os lábios bem fechados à volta do aplicador	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
Realiza pausa inspiratória de pelo menos 10 seg. após a administração do inalador	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
Realiza pausa de 30 a 60 seg. entre cada puff (caso necessite de fazer mais do que uma inalação)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
Se utiliza câmara expansora: - Adapta correctamente o inalador à câmara expansora	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
- Adapta correctamente a máscara à face e nariz	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
- Efectua a lavagem da câmara 1x mês	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____
- Desmonta todas as peças para efectuar a lavagem	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____ _____

ANEXOS

**Anexo I – Folha de registo de cuidados de
enfermagem (URR)**

IDENTIFICAÇÃO DOENTE

Serviço _____ Cama _____ Folha nº, _____

Diagnóstico Clínico _____

Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação _____

Limitações ao Programa Reabilitação Respiratória _____

DATA																		
Estado consciência	Consciente, Orientado, Prostrado, Estuporado, Confuso, Agitado, Sedado/curarizado, Colaborante, Não Colaborante																	
Sinais Vitais	Pulso (p.p.m.)																	
	Frequência Respiratória (c.p.m.)																	
	Tax(°)																	
	Tensão Arterial (mmHg)																	
	Dor – Localização (VAS)																	
Oximetria(%)																		
Padrão Respiratório	Ventilação (Espontânea, VMI, VNI)																	
	Simetria Torácica																	
	Torácica, Abdomino-Diafragmática, Mista, Tiragem-intercostal/ supra-clavicular, Adejo nasal																	
	Ritmo (Regular, Irregular)																	
	Amplitude (Normal, Diminuída, Aumentada)																	
Dispneia	Escala de Borg modificada/ VAS																	
Imagiologia	RX / TAC /...																	
Auscultação	Murmúrio Vesicular (Mantido, Diminuído Ausente) Ruídos Adventícios (Roncos, Sibilos, Fervores, Crepitações, Atritos Pleurais)	1/3 sup																
		1/3 méd																
		1/3 inf																
		1/3 sup																
		1/3 méd																
		1/3 inf																
Dispositivos Técnicos	Flutter, Espirômetro de Incentivo, Cought Assist																	

**Anexo II – Comprovativo de participação na
sessão de formação AVC**

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

A Unidade de Reabilitação Respiratória

certifica que

Ana Sofia Pinto Santana


frequentou a acção de formação

Reabilitação Respiratória no Acidente Vascular Cerebral

com duração de 1 hora

que decorreu no dia 10 de Dezembro de 2018.

Lisboa, 10 de Dezembro de 2018


Unidade de Reabilitação Respiratória
Enf.ª Responsável

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Diretora: Profª. Doutora

IMP074.02

Tel:

Tel:

- Fax:

- Fax:

www. pt



**Anexo III – Comprovativo de apresentação da
sessão de formação DPOC**

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

A Unidade de Reabilitação Respiratória

certifica que

Sofia Santana


Realizou apresentação de recensão critica subordinado ao
tema

***“Atividades vida diárias e presença de dispneia em
indivíduos com DPOC”***

com a duração de 1 hora

que decorreu no dia 18 de Janeiro de 2019.

Lisboa, 18 de Janeiro de 2019

 Unidade de Reabilitação Respiratória
Enf. Responsável

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Diretora: Profª. Doutora

IMP074.02


Tel:

Tel:

www. pt



Anexo IV – Escala Numérica da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem Dor										Dor Máxima

Anexo V – Medical Research Council Muscle Scale

Medical Research Council Muscle Scale	
Grau 0	Sem movimentos visíveis, paralisia total
Grau 1	Contração visível ou palpável, mas sem movimento
Grau 2	Movimenta a articulação, não vence a gravidade
Grau 3	Movimentos contra a gravidade, não vence a resistência
Grau 4	Movimentos ativos contra a gravidade e resistência, força menor que o esperado
Grau 5	Força normal

Anexo VI – Escala de Ashworth Modificada

Escala de Ashworth Modificada	
Score	Avaliação
0	Nenhum aumento do tônus muscular
1	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão
1+	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude de movimento articular restante
2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude de movimento articular, mas a região é movida facilmente
3	Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

Anexo VII – Escala de Berg

Escala de Berg	
1. Posição sentada para posição em pé.	
Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.	
Capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente.	4
Capaz de levantar-se independentemente e estabilizar-se independentemente.	3
Capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas.	2
Necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se.	1
Necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se.	0
2. Permanecer em pé sem apoio.	
Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar.	
Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.	4
Capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão.	3
Capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.	2
Necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.	1
Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.	0
3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho.	
Instruções: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas, com os braços cruzados, por 2 minutos.	
Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.	4
Capaz de permanecer sentado por 2 minutos com supervisão.	3
Capaz de permanecer sentado por 30 segundos.	2
Capaz de permanecer sentado por 10 segundos.	1
Incapaz de permanecer sentado sem apoio por 10 segundos.	0
4. Posição em pé para posição sentada.	
Instruções: Por favor, sente-se.	
Senta-se com segurança, com o uso mínimo das mãos.	4
Controla a descida utilizando as mãos.	3
Utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida.	2
Senta-se independentemente, mas tem descida sem controle.	1
Necessita de ajuda para sentar-se.	0
5. Transferências.	
Instruções: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra, para uma transferência em pivô. Peça ao paciente que se transfira de uma cadeira com apoio de braço	

para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras ou uma cama e uma cadeira.	
Capaz de transferir-se com segurança com o uso mínimo das mãos.	4
Capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos.	3
Capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão.	2
Necessita de uma pessoa para ajudar.	1
Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar a tarefa com segurança.	0
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados.	
Instruções: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.	
Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.	4
Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão.	3
Capaz de permanecer em pé por 3 segundos.	2
Incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé.	1
Necessita de ajuda para não cair.	0
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos.	
Instruções: Junte os pés e fique em pé sem se apoiar.	
Capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com segurança.	4
Capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com supervisão.	3
Capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 30 segundos.	2
Necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos.	1
Necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos.	0
8. Alcançar a frente com o braço estendido, permanecendo em pé.	
Instruções: Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para a frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para a frente o máximo que consegue. Quando possível peça ao paciente que use ambos os braços, para evitar rotação do tronco.	
Pode avançar à frente mais que 25cm com segurança.	4
Pode avançar à frente mais que 12,5cm com segurança.	3
Pode avançar à frente mais que 5cm com segurança.	2

Pode avançar à frente, mas necessita de supervisão.	1
Perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo.	0
9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé. Instruções: Pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés.	
Capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança.	4
Capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão.	3
Incapaz de pegá-lo mas se estica, até ficar a 2-5cm do chinelo, e mantém o equilíbrio independentemente.	2
Incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando.	1
Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.	0
10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo, enquanto permanece em pé. Instruções: Vire-se, para olhar diretamente atrás de você por cima do ombro esquerdo, sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento.	
Olha para trás de ambos os lados com boa distribuição do peso.	4
Olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menos distribuição do peso.	3
Vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio.	2
Necessita de supervisão para virar.	1
Necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.	0
11. Girar 360°. Instruções: Gire completamente em torno de si mesmo. Pausa. Gire completamente em torno de si mesmo para o lado contrário.	
Capaz de girar 360° com segurança em 4 segundos ou menos.	4
Capaz de girar 360° com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos.	3
Capaz de girar 360° com segurança, mas lentamente.	2
Necessita de supervisão próxima ou orientações verbais.	1
Necessita de ajuda enquanto gira.	0
12. Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio. Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho 4 vezes.	
Capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos.	4

Capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais de 20 segundos.	3
Capaz de completar 4 movimentos sem ajuda.	2
Capaz de completar mais de 2 movimentos com o mínimo de ajuda.	1
Incapaz de tentar ou necessita de ajuda para não cair.	0
13. Permanecer em pé sem apoio, com um pé à frente. Instruções: Demonstre para o paciente. Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha; se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.	
Capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos.	4
Capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos.	3
Capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos.	2
Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos.	1
Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar em pé.	0
14. Permanecer em pé sobre uma perna. Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar.	
Capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por mais de 10 segundos.	4
Capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 5-10 segundos.	3
Capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 3 ou 4 segundos.	2
Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente.	1
Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.	0
TOTAL	

Mau equilíbrio: 0 a 20

Bom equilíbrio: 40 a 56

0 a 36 – 100% risco de queda

37 a 44 – Locomoção segura, mas com recomendação de assistência ou com auxiliares de marcha

45 a 56 – Não existe risco de queda, a locomoção é segura

Anexo VIII – Escala de Braden

Escala de Braden					
Percepção Sensorial Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	Totalmente limitada (1)	Muito limitada (2)	Levemente limitada (3)	Nenhuma limitação (4)	
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	Pele constantemente húmida (1)	Pele muito húmida (2)	Pele ocasionalmente húmida (3)	Pele raramente húmida (4)	
Atividade Nível de atividade física	Acamado (1)	Sentado (2)	Anda ocasionalmente (3)	Anda frequentemente (4)	
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	Completamente imobilizado (1)	Muito limitada (2)	Ligeiramente limitada (3)	Nenhuma limitação (4)	
Nutrição Alimentação habitual	Muito pobre (1)	Provavelmente inadequada (2)	Adequada (3)	Excelente (4)	
Fricção e forças de deslizamento	Problema (1)	Problema potencial (2)	Nenhum problema (3)		
TOTAL					

O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:

Alto Risco – Pontuação ≤ 16

Baixo Risco – Pontuação ≥ 17

Anexo IX – Índice de Barthel

Índice de Barthel		
1. Alimentação		
Independente	10	
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	5	
Dependente	0	
2. Transferências		
Independente	15	
Precisa de alguma ajuda	10	
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5	
Dependente, não tem equilíbrio sentado	0	
3. Toalete		
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	5	
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	
4. Utilização do WC		
Independente	10	
Precisa de alguma ajuda	5	
Dependente	0	
5. Banho		
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5	
Dependente, necessita de alguma ajuda	0	
6. Mobilidade		
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15	
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10	
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5	
Imóvel	0	
7. Subir e Descer Escadas		
Independente, com ou sem ajudas técnicas	10	
Precisa de ajuda	5	
Dependente	0	
8. Vestir		
Independente	10	
Com ajuda	5	
Impossível	0	
9. Controlo Intestinal		

Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10	
Acidente ocasional	5	
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	0	
10. Controlo Urinário		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10	
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	5	
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0	
TOTAL		

Grau de dependência em função do resultado	
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independente

Anexo X – Medida de Independência Funcional

Medida de Independência Funcional	
Níveis	
COM AJUDA	<u>Dependência Completa</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajuda Total (indivíduo < 25%) 2. Ajuda Máxima (indivíduo ≥ 25%) <u>Dependência Modificada</u> <ol style="list-style-type: none"> 3. Ajuda Moderada (indivíduo ≥ 50%) 4. Ajuda Mínima (indivíduo ≥ 75%) 5. Supervisão
SEM AJUDA	<ol style="list-style-type: none"> 6. Independência Modificada (dispositivo) 7. Independência Completa (em segurança, em tempo normal)

AUTOCUIDADO	
Alimentação	
Higiene Pessoal	
Banho	
Vestir metade superior	
Vestir metade inferior	
Utilização da sanita	
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES	
Bexiga	
Intestino	
MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS	
Cama / Cadeira / Cadeira de Rodas	
Sanita	
Banheira / Duche	
LOCOMOÇÃO	
Marcha / Cadeira de Rodas	
Escadas	
COMUNICAÇÃO	
Compreensão	
Expressão	
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR	
Interação Social	
Resolução de Problemas	
Memória	
TOTAL	

Grau de capacidade / incapacidade funcional	Pontuação
Dependência completa	18
Dependência modificada, com assistência até 50% da tarefa	19 – 60
Dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa	61 – 103
Independência completa	104 – 126

**Anexo XI – Escala de Borg Modificada
(Avaliação da Dispneia)**

Escala de Borg Modificada – Avaliação da Dispneia	
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

**Anexo XII – Escala de Borg Modificada
(Avaliação da Percepção Subjetiva ao Esforço)**

Escala de Borg Modificada – Avaliação da Percepção Subjetiva de Esforço	
0	Nenhum
1	Mínimo
2	Pouco
3	Moderada
4	Um pouco difícil
5	Difícil
6	Mais difícil
7	Muito difícil
8	Extremamente difícil
9	Esforço máximo
10	Fadiga

**Anexo XIII – Modified Medical Research
Council Dyspnea Questionnaire**

Grau 0	<p>Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso.</p> <p><i>“Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso”.</i></p>
Grau 1	<p>Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado.</p> <p><i>“Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado”.</i></p>
Grau 2	<p>Andar mais devagar que as pessoas da minha idade devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal.</p> <p><i>“Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal”.</i></p>
Grau 3	<p>Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.</p> <p><i>“Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos”.</i></p>
Grau 4	<p>Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.</p> <p><i>“Estou sem fôlego para sair de casa”.</i></p>

Anexo XIV – COPD Assessment Test – CAT

COPD Assessment Test								
Nunca tenho tosse	0	1	2	3	4	5	Tenho tosse o tempo todo	
Não tenho nenhum catarro (secreção) no peito	0	1	2	3	4	5	O meu peito está cheio de catarro (secreção)	
Não sinto nenhuma pressão no peito	0	1	2	3	4	5	Sinto uma grande pressão no peito	
Não sinto falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escadas	0	1	2	3	4	5	Sinto bastante falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada	
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa	0	1	2	3	4	5	Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa	
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	0	1	2	3	4	5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	
Durmo profundamente	0	1	2	3	4	5	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar	
Tenho muita energia (disposição)	0	1	2	3	4	5	Não tenho nenhuma energia (disposição)	
Pontuação Total								

Pontuação CAT	Nível de Impacto
>30	Muito alto
>20	Alto
10 - 20	Médio
<10	Baixo

**Anexo XV – Escala London Chest Activity of
Daily Living (LCADL)**

Avalia a limitação presente na realização das atividades de vida diária devido à presença da dispneia.

Expresse, através do número correspondente, o quanto de falta de ar tem sentido estes últimos dias enquanto realiza as atividades.

0 – Eu não faria de forma alguma (Se não faz a atividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa atividade);

1 – Eu não fico com falta de ar (Se a atividade é fácil para si);

2 – Eu fico moderadamente com falta de ar (Se a atividade lhe causa um pouco de falta de ar);

3 – Eu fico com muita falta de ar (Se a atividade lhe causa muita falta de ar);

4 – Eu não posso mais fazer isso (Se deixou de fazer a atividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si);

5 – Eu preciso que outra pessoa faça isso (se alguém faz isso por si ou a ajuda porque sente muita falta de ar, por exemplo: alguém faz as compras por si);

Cuidado Pessoal	
Enxugar-se	
Vestir a parte superior do tronco	
Calçar sapatos/meias	
Lavar a cabeça	

Lazer	
Andar em casa	
Sair socialmente	
Falar	

Cuidado Doméstico	
Fazer a cama	
Mudar o lençol da cama	
Lavar janelas/cortinas	
Limpeza/limpar o pó	
Lavar a louça	
Utilizar o aspirador/varrer	

Atividade Física	
Subir escadas	
Inclinar-se	